

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			個人番号				
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0
			生年月日	明・大・昭	年	月	日
住 所	〒		電話番号				
利用者負担額 軽減申請事由							
氏 名	生年月日	個人番号	生計中心者 (をつける)				
世帯主							
世帯員							
川西市長 あて							
<p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。また、私の収入金額等は別紙のとおり、川西市社会福祉法人利用者負担軽減制度実施要綱に規定する対象者要件に該当することを誓約します。</p> <p>この確認審査にあたり、必要な情報を市関係部局が保有する資料等により確認されること及び当該申請に係る認定結果について、居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・介護保険施設及び市福祉部関係機関に対して、介護保険課より情報提供されることに同意します。</p>							
年 月 日							
住所 _____							
申請者 (被保険者本人)							
氏 名 _____							

提出者	氏 名				本人との関係	
	住 所	〒			電話番号	

【職員記入欄】 (受付: _____)

審 査 結 果 等		
承認 ・ 却下	減免率 / 100	備考
<p>世帯員全員が市民税非課税である</p> <p>世帯の年間収入金額（非課税年金を含む）が単身世帯で150万円以下である （世帯員が1人増えるごとに50万円加算）</p> <p>世帯の預貯金等の額が単身世帯で350万円以下である （世帯員が1人増えるごとに100万円加算）</p> <p>申請者が、負担能力のある親族等に扶養されていない</p> <p>介護保険料を滞納していない</p> <p>世帯が「その居住の用に供する家屋その他日常のために必要な資産」以外に利用しうる資産を所有していない</p>		

社会福祉法人等利用者負担軽減制度に係る預貯金等申告書

川西市社会福祉法人等利用者負担軽減制度実施要綱の規定に基づき、次のとおり申告をします。

申請者と世帯員に係る資産の状況

(1) 現金及び預貯金等

現金		円				
預貯金	金融機関名称	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)	預貯金額
						円
						円
有価証券	有・無	種類		額面		評価概算額
				円	円	
				円	円	

(2) 不動産

土地	(1)宅地	有・無	延面積	所有者氏名	所在地
					円
建物	(2)田畑その他	有・無			円
	(1)居住用以外の持ち家	有・無			円
	(2)その他	有・無			円

上記のとおり、相違ありません。

川西市長 あて

年 月 日

申請者(被保険者本人) 住所 _____

氏名 _____

(注意事項)

- 所有する資産については、下記に従って記入してください。
 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 申請時に必要なもの
 源泉徴収票、年金支払い通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類
 預金通帳(同一世帯員全ての通帳の写しが必要となります)
- 不実の申告をして不正に軽減確認を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。