

第4号様式(表)(第9条)

\_\_\_\_年度  
 社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減申請書

年 月 日

府中市長

次のとおり、社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額の軽減を申請します。

また、この申請の決定に際して、市が要件等を確認するため、関係機関に必要な照会・調査を行うことに同意します。

1 介護保険被保険者(この申請を行う者)に関する情報

被 保 険 者 番 号	0	0	0	0						申 請 区 分	新規 ・ 更新
フリガナ										生 年 月 日	年 月 日
氏 名											
住 所	〒 -										
	電話番号( - - )										

2 提出者(代理申請者)に関する情報

氏 名		本人との関係	
住 所	〒 -		
	電話番号( - - )		

3 現在利用中(利用予定)の施設サービス

利用サービス	施 設 名
短期入所生活介護	
予防短期入所生活介護	
介護老人福祉施設	
地域密着型介護老人福祉施設	

第4号様式（裏）

4 生活状況・収入及び預貯金等の申告

（ 年 月 日現在 ）

生活保護受給中である。 （該当する場合は に 点を記入し、以下は記入せず、6へお進みください。）				
		被保険者	世帯員氏名 ( )	世帯員氏名 ( )
市民税の課税状況 (どちらかにマル)		課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税
年間の 収入金 額等	年金収入	円	円	円
	給与収入	円	円	円
	事業収入	円	円	円
	仕送り	円	円	円
	預貯金	円	円	円
	その他の収入・ 資産	種類( ) 円	種類( ) 円	種類( ) 円

世帯全員の収入と預貯金等を証明する書類（源泉徴収票、遺族年金通知書、障害年金通知書、全ての口座の通帳など）を添付してください。（生活保護受給中の方は不要です。）

5 被扶養状況

該当する箇所の に 点及び必要事項を記入してください。

所得税又は 市民税の 被扶養状況	被扶養親族になっている。 扶養者氏名( ) 扶養者住所( ) 扶養者の市民税課税状況( 課税 ・ 非課税 ) 被扶養親族になっていない。
医療保険の 被扶養状況	被扶養親族になっている。 扶養者氏名( ) 扶養者住所( ) 扶養者の市民税課税状況( 課税 ・ 非課税 ) 被扶養親族になっていない。

6 介護保険負担限度額の認定状況（被保険者本人の、この申請書と同年度分の認定状況）

該当する箇所の に 点を記入してください。

該当	非該当	申請中
----	-----	-----