

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

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軽減確認証の交付について申し込みます。

1 被保険者に関する情報

被 保 険 者	被保険者 番 号	0	0	0							申請区分	新規 ・ 更新
	フリガナ										生年月日	年 月 日
	氏 名										電話番号	— —
	住 所	〒 —										

2 申込者に関する情報

氏 名		本人との関係	
住 所	〒 — 電話番号(— —)		

3 現在利用中（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	

同意書

次の内容について、同意します。

- ・ 本事業における要件確認のため、市が公簿等を確認すること。
- ・ 負担限度額認定申請時に提出された保有資産状況等を示す書類を市が確認すること。
- ・ 保有資産等について関係機関に必要な照会並びに調査等を行うこと。

被保険者氏名

第4号様式（裏）

4 申込みに係る収入及び預貯金等の申告

世帯の収入及び預貯金等の状況（令和 年 月 日現在）

<input type="checkbox"/> 生活保護受給中である。（※該当する場合は□にレ点を記入し、6へお進みください。）				
		被保険者	世帯員	
			氏名（ ）	氏名（ ）
市民税の課税状況		課税・非課税	課税・非課税	課税・非課税
年間 の 総 収 入 金 額	課税年金	円	円	円
	非課税年金			
	給与収入	円	円	円
	事業収入	円	円	円
	仕送り等	円	円	円
	預貯金	円	円	円
	その他の資産	種類（ ） 円	種類（ ） 円	種類（ ） 円

注意1 年金又は給与の源泉徴収票等、収入の分かるものの写しを添付してください。また、事業収入、不動産収入等の確定申告をした方は、直近の確定申告書及び確定申告書に添付した「収入内訳書」の写しを添付してください。

2 預貯金、有価証券等の残高を証明する書類の写しを添付してください。

5 扶養状況

※該当する場合は□にレ点及び必要事項を記入してください。

所得税又は市町村民税の扶養状況	<input type="checkbox"/> 扶養親族になっている。 扶養者氏名（ ） 扶養者住所（ ） 市民税の課税状況（ 課税 ・ 非課税 ） <input type="checkbox"/> 扶養親族になっていない。
医療保険の扶養状況	<input type="checkbox"/> 扶養親族になっている。 扶養者氏名（ ） 扶養者住所（ ） 市民税の課税状況（ 課税 ・ 非課税 ） <input type="checkbox"/> 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）

※該当する場合は□にレ点を記入してください。

<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請中
-----------------------------	------------------------------	------------------------------