

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書・収入等申告書

フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日					
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日		性別						
被保険者住所	〒 電話番号							
主な利用サービス	施設名							
	種類	施設入所（居室種別）・通所介護・その他（ ）						
【家族の状況等】※記入上の注意をよくお読みになり、もれなく記入願います。								
記入上の注意	○ 申請者及び生計を同一にする世帯員について、全て記入してください。 ○ 収入は、年金収入、給与収入、不動産収入など、全ての収入額（年額）を記入してください。遺族年金や障害年金などの非課税年金や、仕送りなども含みます。 ○ 預貯金等は、預金、貯金の他に、有価証券や債券など含みます。							
家族の状況	続柄	氏名	生年月日	性別	収入（年額）、預貯金等の状況			
	申請者（本人）		明・大・昭・平 ・ ・	男・女	収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（ ）
					預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（ ）
			明・大・昭・平 ・ ・	男・女	収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（ ）
					預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（ ）
			明・大・昭・平 ・ ・	男・女	収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（ ）
預貯金等額					円	種類	預金、貯金 その他（ ）	

申告項目	いずれかに○を付けてください。	
① 私の世帯の収入は、基準額 ※基準額＝単身世帯150万円、世帯員が1人増える毎50万円加算	以下です。	を超えています。
② 私の世帯の預貯金等の額は、基準額 ※基準額＝単身世帯350万円、世帯員が1人増える毎100万円加算	以下です。	を超えています。
③ 私の世帯は、自宅など日常生活のために必要な資産以外に、資産は	ありません。	あります。
④ 私は、課税世帯に扶養	されていません。	されています。
⑤ 私は、介護保険料を滞納	していません。	しています。

（あて先） 夕張市長

上記のとおり、添付書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請及び収入等の申告をします。この申請（申告）書の記載内容及び添付書類は、事実と相違ありません。

また、この申請（申告）書に関して市町村が必要とするときは、市町村が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

本人氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印 代筆者住所 _____

夕張市記入欄

市民税（世帯）	非課税・課税で税法上経過措置対象・課税 【税務課賦課係】		
利用者負担段階	現在 第 段階	・	税制改正前 第 段階
旧措置者の確認	旧措置者（負担割合10%）・旧措置者（負担割合5%以下）・非該当（通常入所者）		
判定	認定	減免率	50/100（高齢福祉年金受給者）
	却下		25/100（通常／個室を利用する旧措置者で負担割合5%以下の者は居住費のみ）
			100/100（生活保護受給者／個室の居住費・滞在費のみ）