

生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度)
 (介護保険サービス提供事業者による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1	3	2	0	1	9
	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生							
住所	〒 電話番号							
利用者負担額 軽減申請理由	1. 所得が低く、介護保険サービス利用に伴う支払いの負担が大きいため 2. 生活保護を受給しているため							
八王子市長 様 上記のとおり生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。なお、次の事項について同意します。 1. 税関係情報及び認定に必要な扶養状況等の調査 2. この申請について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供すること 令和 年 月 日 被保険者氏名 世帯員氏名 世帯員氏名								

※申請者が被保険者本人の場合、下記については記入不要です。

申請者	住所	〒	氏名
	日中連絡の取れる電話番号：		被保険者との続柄：

事務処理欄

・生活保護受給	・高齢福祉年金受給	・保険料納付状況	・市民税（非課税・課税）
・負担限度額認定証（有・無）	・高額（段階）	・収入基準	・預貯金基準
・扶養 医療： 税：		・介護認定：	・資産

収入及び預貯金等申告書兼資産及び扶養の有無に関する申告書

令和 年 月 日

八王子市長 様

氏 名

被保険者番号

生 年 月 日 年 月 日

生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認の申請にあたり、下記のとおり申告します。

記

1. 令和 年中（ 年1月～12月）の世帯の収入			
	氏 名	種 類	金 額
世帯員			円
			円
			円
			円
			円
収入 計			円
2. 世帯の預貯金等			
	種 類		金 額
			円
			円
			円
			円
			円
			円
預貯金等 計			円
3. 自宅以外の家屋や、日常生活のために必要な資産以外の資産を所有していますか 【 いる ・ いない 】			
4. 令和 年度 介護保険負担限度額認定証は申請していますか 【 申請中 ・ 申請しない ・ 該当 ・ 非該当 】			

※世帯員全員の年金等決定額通知書や預金通帳の写し等収入及び預貯金等の状況が確認できる書類を添付してください。預貯金等については、有価証券及び債券についても記入してください。

5. 親族等に扶養されていますか（税および医療保険）	
【 <u>されている</u> ・ されていない 】	
※別世帯の親族等に扶養されている場合は、別紙「同意書」に扶養者が記名のうえ提出してください。 （「同意書」の提出がない場合、判定を行うことができません。）	

同意書

八王子市長 様

令和 年 月 日

「生計困難者等に対する利用者負担額軽減」の制度は、被保険者が「負担能力のある親族等に扶養されていないこと（市民税が課税されている方の被扶養者・医療保険の被扶養者でないこと）」が対象要件となっているため、市が必要に応じて、私（扶養者）の税関係情報の調査を行うことについて同意します。

扶養者	住所	
	氏名	
	電話	
	被扶養者との続柄	
被保険者（被扶養者）	住所	
	氏名	