

## 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書

（宛先）新潟市長

年 月 日

次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確認について資料を添えて申請をします。

フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人 氏名（自署）		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

利用者負担軽減対象 要件確認欄	<input type="checkbox"/> 年間収入が単身世帯で150万円以下（世帯員1人増ごとに50万円加算可） ※収入については、年金の源泉徴収票、または昨年1年間の振込みが確認できる通帳の写し等を添付してください。
	<input type="checkbox"/> 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下（世帯員1人増ごとに100万円加算可） ※預貯金額については、通帳の写しを添付してください。
	<input type="checkbox"/> 有価証券等の保有状況      なし      あり _____円 ※有価証券を所有している場合は、写しを提示してください。
	<input type="checkbox"/> 日常生活に必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない
	<input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等に扶養されていない
	<input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していない
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者

注 該当する項目の□にレ印をつけてください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業や総合事業の適切な運営のために必要があるときは、軽減内容や利用者負担段階を担当地域包括支援センターや居宅介護支援事業者、軽減対象サービス事業者へ提示することに同意します。また、審査の際、被保険者と世帯員の市民税課税状況及び扶養の状況について本市職員が調査することに同意します。

本人又は申請代理人氏名（自署）\_\_\_\_\_