


社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書

記入例

フリガナ	ニシテンマ ゴロウ		保険者番号	2	7	1	0	0	7				
被保険者氏名	西天満 五郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大	<input checked="" type="radio"/> 昭	4年	1月	1日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女						
住所	〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20 電話番号 06 (6208) 8036												
申請理由	生計が困難であり、介護保険サービスの利用者負担を行うことが困難であるため。												
	氏名	生年月日	性別	市民税課税									
被保険者	西天満 五郎	昭和 4年 1月 1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	有 <input checked="" type="radio"/> 無									
	西天満 花子	昭和 5年 5月 5日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	有 <input checked="" type="radio"/> 無									
		年 月 日	男・女	有・無									
		年 月 日	男・女	有・無									
<p>大阪市長 上記のとおり利用者負担に係る軽減を申請します。 私の収入等申告額は、裏面記載のとおり、相違ありません。 なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、保険者が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。</p> <p>令和 ○○年 6月10日</p> <p>住所 大阪市北区中之島1-3-20 申請者 氏名・印 西天満 五郎  電話番号 06 (6208) 8036</p>													

注意 ・生活保護を受給している方は個室の居住費（介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護に限る）に係る利用者負担額についてのみ軽減対象となります。

以下は記入しないでください。

決定区分	備 考				
決定 ・ 却下	[保険料滞納] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		[収入確認等に係る書類等の写し添付] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
交付年月日	[生活保護受給] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		[養護老人ホームへの入所] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
令和 年 月 日	軽 減 割 合				
適用年月日	<input type="checkbox"/> 4分の1 (25%)		<input type="checkbox"/> 2分の1 (50%)		<input type="checkbox"/> 10分の10 (100%)
			(利用者負担第1段階)		(生活保護受給者)
令和 年 月 日	決 裁 欄	課長	課長代理	担当係長	係員
令和 年 月 日					

収入等申告書

記入例

1 収入等の状況

- 世帯全員が市民税非課税（生活保護受給者以外）
- 生活保護受給者（次の2～5については、記載する必要はありません。）
- その他（

2 世帯の収入

有無	氏名	年齢	収入の種類	収入年額
<input checked="" type="checkbox"/> 有	西天満 五郎	89	国民年金	789,012円
<input type="checkbox"/> 無	西天満 花子	88		円

ご本人を含め、同じ世帯のすべての方の収入を記入してください。収入は、課税の対象となる収入だけではなく、課税の対象とならない収入（遺族・障害年金など）、仕送りなど、すべての収入を記入してください。

3 世帯の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先	預貯金額
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	みなみ銀行 [ひがし支店]	1,234,567円
	<input type="checkbox"/> 無	[支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		円

ご本人を含め、同じ世帯のすべての方の、銀行・ゆうちょ銀行への預貯金、国債・地方債、株式などの金額を記入してください。

4 被保険者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
 - 扶養親族となっている。
 - 扶養親族となっていない。

- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
 - 扶養親族となっている。
 - 扶養親族となっていない。

（医療保険の被保険者証を提示するか、写しを提出してください。）

5 世帯の不動産保有状況

- 居住用以外の処分可能な土地もしくは家屋を、
- 所有している。
 - 所有していない。