

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

更新用

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-------|---|----|--------|-------|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | 保険者番号 | 2 | 7 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| 被保険者氏名 | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 | | | | | |
| 住所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 市民税課税 | | | | | |
| 被保険者 | | 年 月 日 | | | 男・女 | 有・無 | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | 男・女 | 有・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 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 () 氏名</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、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。

市 記入欄

| 提出者 | 委任状 | 提出者の確認 | 保険料滞納 | 養護老人ホームへの入所 | | | | |
|--|---|---|---|--|----|----|----|--|
| <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | 提出方法 | | | 収入確認等に係る書類等の写し | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 | | | 備考 | | | | |
| | | | | | | | | |
| 適用年月日 | 負担割合 | | 課長 | 課長代理 | 係長 | 係員 | 入力 | |
| 令和 年 月 日 から 令和 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%) (生活保護受給者) | | 決 裁 欄 | | | | | |
| 決定 | 交付年月日 | | | | | | | |
| 承認・却下 | 令和 年 月 日 | | | | | | | |

収入等申告書

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 type="checkbox"/> 有 | | | | 円 |
| <input type="checkbox"/> 無 | | | | 円 |

3 世帯の預貯金等状況

| 区分 | 有無 | 内 容 | |
|-----|----------------------------|-------|------|
| 預貯金 | <input type="checkbox"/> 有 | 預貯金先 | 預貯金額 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | [支店] | 円 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | [支店] | 円 |
| 国債等 | <input type="checkbox"/> 有 | 種 類 | 額面金額 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | 円 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | 円 |

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。