

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

令和 年 月 日

那覇市長 宛

関係書類を添えて、社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。なお、必要な場合は被保険者本人及び被保険者の属する世帯員の収入額、資産(預貯金、不動産等)、課税状況、公的扶助の受給の有無について市が調査することに同意します。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日														
住所																				
利用介護施設名 利用サービス	1. 施設入所 (年 月 日 入所予定) 2. その他(ショートステイ、デイサービス、ホームヘルパー等)																			
軽減申請理由 (1または2 当てはまる理由 に○を付けて ください。)	1. 世帯全員が市町村民税非課税で、下記の全てに該当しているため (1) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 (2) 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。 (3) 居住用の土地・家屋その他日常生活のために必要な資産以外に、利用できる資産を所有していないこと。 (4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。 (5) 介護保険料を滞納していないこと。 <u>【別紙】収入等申告書を記載して、この確認書に添付してください。</u> 2. 生活保護受給者であるため																			
世帯構成	続柄	氏名							続柄	氏名										
	本人																			
申請者氏名								連絡先(電話)												
申請者住所								本人との続柄												

那覇市確認欄

収入要件	(150万円+世帯員()人× 50万円= 万円)	該当・非該当		
預貯金等要件	(350万円+世帯員()人×100万円= 万円)	該当・非該当		
負担限度額認定	有・無	被扶養(市民税控除対象者)	有・無	
活用資産の有無	有・無	介護保険料滞納	有・無	
承認内容	承認・不承認			
減免認定結果	1. 25/100減免 2. 50/100減免 3. 非該当 4. 居住費・滞在費のみ100%			
交付年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
備考				
起案日	年 月 日	副参事	主幹	担当
決裁日	年 月 日			