

# 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 4 年 8 月 1 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	ナハ ハナコ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	那覇 花子	生年月日	明治・大正・昭和 10 年 2 月 3 日									
住所	沖縄県那覇市〇〇1丁目1番地											
利用介護施設名 利用サービス	特別養護老人ホーム〇〇	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 当てはまる理由に〇を付けてください。 )	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... (2) 預貯金...申請理由1の場合、【別紙】収入等申告書の提出が必要です。と。 (3) 居住用...と。 (4) 負担能... (5) 介護保...生活保護受給者の場合は2を〇で囲みます。 【別紙】収入等申告書の提出は必要ありません。 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	那覇 花子										
申請者氏名	那覇 太郎					連絡先(電話)	098-〇〇-□□					
申請者住所	〇〇市△△町□□番地					本人との続柄	子					

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	