

松本市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

ふりがな 被保険者氏名		確 認 番 号													
生 年 月 日		年 月 日生		電 話 番 号											
住 所		〒 ー 松本市													
利用者負担額 軽減申請理由		【あてはまる記号にマルをしてください。】 A 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象者要件該当のため(別紙自己申告書のとおり) B 上記のうち、生活保護受給者または支援給付受給者であるため													
		氏 名				生 年 月 日				生計中心者に○をつけて ください					
世 帯 構 成	世 帯 主					年 月 日									
	世 帯 員					年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									
(あて先) 松 本 市 長 上記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の申請をします。また生活保護法 第29条に基づく調査に同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 続柄 () (電話番号 ())															

【ここから下は、松本市の記入欄です。】

交 付 年 月 日		備 考																																											
年 月 日		申請者本人確認 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 保険証 ☐ 介護保険証 ☐ その他()						決裁欄																																					
								受付	入力	係長	課長																																		
適 用 年 月 日		A. 次のいずれにも該当する者 1 市町村民税世帯非課税者 該当・非該当 2 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1名増すごとに 50万円を加算した額以下である。 該当・非該当 3 預貯金の額が単身世帯で350万円、世帯員が1名増すごとに 100万円を加算した額以下である。 該当・非該当 4 活用できる資産がない。 該当・非該当 5 負担能力のある親族等に扶養されていない。 該当・非該当 6 介護保険料を滞納していない。 該当・非該当 ○ 利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階 B. 生活保護受給者または支援給付受給者 該当・非該当						上記申請を審査した結果 認定 ・ 却下 としてよろしいでしょうか。																																					
令和 年 月 日 から																																													
有 効 期 限																																													
令和 年7月31日 まで																																													
								<table><tr><td rowspan="2">チェック</td><td rowspan="2">段階</td><td colspan="2">介護サービス費</td><td colspan="2">食費・居住費</td></tr><tr><td>国・県</td><td>市</td><td>国・県</td><td>市</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>50%</td><td></td><td>50%</td><td></td></tr><tr><td></td><td>2</td><td>25%</td><td>25%</td><td>25%</td><td>25%</td></tr><tr><td></td><td>3</td><td>25%</td><td></td><td>25%</td><td></td></tr><tr><td></td><td>生保・支援</td><td></td><td></td><td>個室のみ 100%</td><td></td></tr></table>				チェック	段階	介護サービス費		食費・居住費		国・県	市	国・県	市		1	50%		50%			2	25%	25%	25%	25%		3	25%		25%			生保・支援			個室のみ 100%	
チェック	段階	介護サービス費		食費・居住費																																									
		国・県	市	国・県	市																																								
	1	50%		50%																																									
	2	25%	25%	25%	25%																																								
	3	25%		25%																																									
	生保・支援			個室のみ 100%																																									

自 己 申 告 書

1 世帯の収入についてお答えください。

年間の収入金額が1人世帯で150万円、世帯員が1名増えるごとに50万円を加算した額以下でないと軽減の対象になりません。

(1) あなたの昨年1年間の収入はいくらでしたか？ 非課税年金(遺族年金・障害年金・恩給扶助料等)、仕送りを含めた全ての収入についてご記入ください。

収入の種類	年間の額
	円
	円
	円

(2) あなた以外に非課税年金を受給している方はいますか？ 受給者がいる場合はご記入ください。

受給者氏名	年金の種類	年間の額
		円
		円
		円

(3) あなた以外に収入のある方はいますか？ 該当者がいる場合はご記入ください。

収入のある方の氏名	収入の種類	確定申告の有無	
		有	無
		有	無
		有	無

2 誰かの扶養になっているかお答えください。

あなたは誰かの扶養になっていますか？

されていない	右の者の扶養 となっている	住 所	
		氏 名	(続柄)

3 世帯の預貯金等の額についてお答えください。

預貯金と有価証券等の合計額が1人世帯で350万円、世帯員が1名増えるごとに100万円を加算した額以下でないと軽減の対象になりません。

(1) 預貯金はいくらありますか？

氏 名	預貯金の額
	円
	円
	円

(2) 有価証券は持っていますか？ 持っている場合はご記入ください。

持っている方の氏名	有価証券等の種類	額 面	評価概算額
		円	円
		円	円
		円	円

※ 有価証券等とは、手形・株券・債権等です。

評価概算額欄には、現在売却した場合のおよその額をご記入ください。

4 世帯の不動産の所有についてお答えください。

(1) 不動産を持っていますか？ 該当する方に○をつけて下さい。

所有している	所有していない
--------	---------

(2) 不動産を所有している方は、種類等をご記入ください。

種 類	面 積	所有者氏名	所 在 地	備 考
宅 地				
田畑等				
建 物				

上記のとおり現状について偽りなく申告します。

令和 年 月 日

氏 名(被保険者)

収入・資産等に対する松本市の調査に関する承諾書

令和 年 月 日

(あて先)松本市長

住所 松本市 _____

氏名 _____

介護保険法もしくは老人福祉法に規定する制度または松本市の老人福祉に関するサービスを私が利用するにあたり、私、私の扶養義務者および私の世帯全員の収入、課税および資産の状況について、介護保険法第203条第1項または老人福祉法第36条に基づき松本市長が、官公署、金融機関、その他関係人に対し調査し回答を得ることを承諾します。

なお、私は当該制度または当該サービスを利用する間は、同様の処理をされることについても承諾します。