

様式第2号（第7条関係）

社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ											被 保 険 者 番 号									
被保険者氏名																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	電話番号															
被保険者住所	〒																			
利用者負担額 軽減申請理由	<p>1. 住民税非課税世帯で次の(1)～(5)のすべてに該当するため (生活保護受給者は除く)</p> <p>(1) 年間収入額が単身世帯で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</p> <p>(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</p> <p>(3) 世帯全員について居住用の土地・家屋その他日常生活のために必要な資産(家電、電化製品、食器等の家財道具など)以外に利用しうる資産を所有していないこと</p> <p>(4) 利用者負担額の負担能力がある親族等に扶養されていないこと</p> <p>(5) 介護保険料を滞納していないこと</p> <p>2. 生活保護受給者であるため</p> <p>3. 生活扶助基準見直しにともなう特例措置対象者であるため</p>																			
利用 (予定) 事業所	事業所名								住所											
	該当サービスに○ ※予防(相当)含む 訪問介護、夜間対応型訪問介護、(地域密着型)通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス																			
(宛先) 福津市長 年 月 日 福津市社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額軽減制度事業実施要綱第7条第1項の規定により、社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。 対象の確認をするに当たって当市が関係機関に対し、同要綱第4条第1項に係る必要な調査を行うことに同意します。 申請者(被保険者) 住 所..... 氏 名..... (自署または記名押印) 電話番号.....																				
届出者(本人の場合は省略可) 住 所..... 氏 名..... (自署または記名押印) 電話番号..... 被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他( )																				

添付資料：収入申告書（上記、利用者負担額軽減申請理由で「1」または「3」に○をつけた場合は必須です。）

福津市記入欄

対象となるサービス (※予防(相当)含む)	訪問介護、夜間対応型訪問介護、(地域密着型)通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス				
滞納状況	有 ・ 無	送付先変更届	有 ・ 無	有効期間開始日	年 月 1日