

( 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認  
軽減法人利用者負担軽減対象確認 )

申請書

フリガナ						
被保険者氏名						被保険者番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生					
住 所	〒					電話番号
申請する 軽減の種類	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減・軽減法人利用者負担軽減  居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護及び短期入所療養介護） 介護予防サービス（介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護） 地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護） 地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護） 第一号事業（第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業又は第一号訪問事業のうち基準を緩和した事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業または第一号通所事業のうち基準を緩和した事業）					
世帯構成	氏 名	生 年 月 日	満年齢	生計中心者に ○	障害者手帳 級	No.
	世帯主					
	世帯員					
帯広市長 様  上記のとおり申請します。 なお、高額医療合算介護（予防）サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給がある場合は、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 22 条の 3 に規定する計算期間において軽減された額（国基準の軽減割合により軽減した額は除く。）の合計額を上限として、当該高額医療合算介護（予防）サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給額に相当する額を返還します。 また、審査・判定に必要な所得等確認のための課税台帳調査及び、適切な介護サービス提供のために必要があるときは、減額認定内容を居宅介護支援事業者へ提供することに同意します。  令和 年 月 日  申請者 氏名 （被保険者）						

帯広市記入欄

交付年月日	非該当の理由等	備 考		
年 月 日		社会福祉法人軽減	該 当 理 由	確認番号
有効期限	合算サービス費の返還の有無	該 当 ・ 非該当	・国基準以内（150 万以内） ・国基準以上（150 万以上で生保基準）	第 号
年 月 日から 年 月 日まで		軽減法人軽減	-	確認番号
		該 当 ・ 非該当		第 号

# 収入等申告書

帯広市長 様

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

住居の状況 持ち家 ・ 借家

私の世帯の総収入等は、下記のとおり相違ありません。

## 1. 収入の状況

氏名	収入区分（年金等の種類）	年額（前年分）
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円

## 2. 預貯金等の額・資産の保有状況

世帯全員の預貯金等の状況（具体的な金額を書いてください。）	自宅以外の資産の有無
1. 350万円以下（ 円）	1. 資産を所有していない
2. 350万円以上（ 円）	2. 資産を所有している（氏名： ）
・ 有価証券・債権を所有（ 円）	

## 3. 扶養の状況（※被保険者本人の状況）

負担能力のある親族等に	1. 扶養されていない	2. 扶養されている
-------------	-------------	------------

※ 扶養されている場合は、市町村民税の控除対象者や、医療保険の被扶養者となっており、かつ実質的に扶養を受けていることをいいます。

## 4. 社会保険料等の額

支払う方の氏名	社会保険料等の名称	年額
	国民健康保険料	円
	介護保険料	円

※ 各収入の額を証明できる書類を添付してください。（源泉徴収票、払込通知書の写し等）

※ 遺族年金、障害年金は非課税であるため、必ず証明できる書類を添付してください。

※ 預貯金のある方は、預金通帳の写しを添付してください。

※ 事実と異なった申請をして不正に軽減を受けた場合、軽減を取消し、軽減相当額を返還いただくことがあります。

## 市記載欄

各収入計－社会保険料等			世帯人数	人		
＝ 円			預貯金合計	万円		可・否
判定（在宅）	認定	非該当	可・否			
扶養	無・有	資産	無・有	・国基準以内 （150万以内） ・国基準以上で生保基準	・国基準、生保基準以上 ・扶養・資産・預金等 ・課税世帯	