

【申請する際の注意事項等】

1. 対象要件

次の①から⑥の全ての要件に該当する方が対象者となります。

①市民税非課税世帯の方

②前年の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）以下の方

③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）以下の方

④世帯が日常生活を送るために必要な資産以外に資産を所有していない方
（別荘などの資産や多額の金銭債権がないこと）

⑤負担能力のある親族等に扶養されていない方
（税的被扶養・医療保険の被扶養者となっていないこと）
※市外の方に扶養されている場合は、課税証明書等を添付

⑥介護保険料を滞納していない方

2. 申請の時に必要なもの

①申請書一式

②世帯全員の預金通帳（前年1月から申請直前まで記載されているもの）
※1月から7月中の申請については、前々年から記載されているもの

③本人の健康保険証

④その他、対象者要件を確認できる書類（必要に応じて提出を依頼します）

3. 軽減の内容

介護保険サービス（ア～オ）の利用者負担額、食費、居住費等が次のとおり軽減されます。

軽減割合は、世帯における収入に応じて、決定します。

	介護保険サービスの種類	基本の軽減		生活保護受給者	
		利用者負担額	食費、居住費等	利用者負担額	食費、居住費等
ア	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・夜間対応型訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・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 	25/100 (または 50/100)			
イ	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護 ・認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型通所介護 ・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 	25/100 (または 50/100)	25/100 (または 50/100)		
ウ	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護 ・介護予防短期入所生活介護 	25/100 (または 50/100)	25/100 (または 50/100)		個室の滞在費のみ 100/100
エ	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム） ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	25/100 (または 50/100)	25/100 (または 50/100)		個室の居住費のみ 100/100
オ	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス 	25/100 (または 50/100)	25/100 (または 50/100)		

4. その他

軽減は、申請した日の属する月の1日からの適用となります。

月を跨いで申請した場合、軽減を受けられる期間が短くなる場合がありますので、ご注意ください。

(例)：7月中の申請であれば7月1日から、8月中の申請であれば8月1日からの適用となります。

様式第1号(第5関係)

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制度)

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	
			被保険者番号	
生年月日	年 月 日 生		性別	男 ・ 女
住 所	〒 ー		電話	ー
軽減を受けたいサービスの種類	<p>ア 訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)</p> <p>イ 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、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(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)</p> <p>ウ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護</p> <p>エ 介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p> <p>オ 小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス</p>			
利用者負担額軽減申請理由				
	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主			
	世帯員			

一 関 市 長 様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認の申請をします。

年 月 日

住 所 :

申請者

電話番号

氏 名 :

(続柄 :)

収入状況等申告書兼収入状況等調査同意書

(社会福祉法人等利用者負担軽減制度)

年 月 日

一関市長 様

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象確認申請にあたり、収入状況について、次のとおり申告します。また、要件確認のために必要な場合には、住民税課税台帳及び固定資産課税台帳等の閲覧並びに扶養者等の収入状況について調査すること、軽減事業者に軽減の対象者であることの情報を開示することに同意します。

被保険者氏名	被保険者番号	住 所	電話番号

上記被保険者の社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象確認申請にあたり、要件確認のため必要な場合は、収入状況について調査することに同意します。

被保険者を扶養する者	住 所	電話番号

1. 世帯員の収入状況

	世帯員の氏名	収入種類	総収入金額	必要経費※	年間収入額	住民税
1						課税・非課税
2						課税・非課税
3						課税・非課税
4						課税・非課税
5						課税・非課税
6						課税・非課税

※ 必要経費は、事業収入がある方のみ記入

市 民 税 非 課 税 世 帯 要 件	該 当 ・ 非 該 当
---------------------	-------------

2. 対象者の収入基準額 {限度額：150万円+(世帯員数-1)×50万円}

世帯人数	1人	2人	3人	人
限度額	150万円	200万円	250万円	万円
対象世帯収入額				

収入要件
該当・非該当

3. 対象者の預貯金等基準額 {限度額：350万円+(世帯員数-1)×100万円}

世帯人数	1人	2人	3人	人
限度額	350万円	450万円	550万円	万円
対象世帯預貯金額				

預金等要件
該当・非該当

4. 資産等の状況 < 有 ・ 無 >

所有者氏名	種類	物件の所在地	用途	資産の活用

資産等要件
該当 ・ 非該当

5-1. 被保険者の扶養状況

(市外の方が扶養している場合は課税証明書等を添付してください。)

	扶養の有無	扶養者氏名	続柄	住 所	扶養者課税
税的被扶養	有 ・ 無				課税 ・ 非課税
健康保険	有 ・ 無				課税 ・ 非課税
仕 送 り	有 ・ 無				課税 ・ 非課税

5-2. 加入している健康保険

健康保険名	保険者番号	記号番号

扶養者要件
該当 ・ 非該当

6. 介護保険料滞納の有無

無 ・ 有	(有の場合滞納額: 円) □分納中
	◎ 納付 ・ 分納 を誓約します。

滞納要件
該当 ・ 非該当

(◎納付の意思があれば誓約 {署名} していただきます。)

(※聞き取りの場合は、署名すること)

当申告書に記載している事項については、事実と相違ありません。 _____

総合判定	該当 ・ 非該当
------	----------

判定者	
-----	--

摘 要	
-----	--