

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
（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 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | 電話番号 | | | |
| 利用者負担額 軽減申請理由 | | | | | | |
| | 氏 名 | 生年月日 | 年間収入額 | 預貯金額 | 資産の有無 | 扶養の有無 |
| 世帯 構成 | 世帯主 | | | | | |
| | 世帯員 | | | | | |
| | | | | | | |

北アルプス広域連合長 様

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。

年 月 日

住所

申請者

氏名

(続柄)

電話番号

広域記入欄

| | |
|-------------|------------------|
| 交付年月日 | 備 考 |
| 年 月 日 | (生計中心者の所得状況等を把握) |
| 適用年月日 | |
| 年 月 日 から | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日 まで | |

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

**北アルプス広域連合介護保険社会福祉法人等
利用者負担軽減事業の申請に伴う調査票**

| | |
|---|--|
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 下記の事項について、利用者負担軽減認定のため調査をすることに同意いたします。 また、調査内容について真実を申告いたします。 年 月 日 同意者氏名 (続柄) | |

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| ○ 被保険者の状況 | 広域処理欄 |
| 住民税課税状況 | ①本人(課税 ・ 非課税) ②世帯(課税 ・ 非課税) |
| 要 介 護 度 * | |
| 介護サービスの利用状況(月額) | 利用額合計 円 |
| 訪問介護 * | |
| 通所介護 * | |
| 短期入所 * | |
| 介護老人福祉施設 * | |
| その他サービス * | |
| 収入の状況(年額) | 年額収入合計 円 |
| 年金の種類 | |
| 年金収入 | |
| 不動産収入 | |
| 事業収入 | |
| その他 | |
| 預貯金の状況 | 預貯金額合計 円 |
| 銀行預金 | |
| 有価証券 | |
| その他 | |
| 日常生活に供する資産以外の資産の有無 * | 有 無 |
| 負担能力のある親族等に扶養されているか * | いる いない |
| 加入医療保険 * | |
| 独居・老人世帯の場合で緊急時の相談先 住所、氏名(続柄) * | |

| | | | |
|--|---|------------------------|-------|
| ○ 世帯の状況 | * | 1 独居世帯 2 高齢者世帯 3 その他世帯 | 広域処理欄 |
| 世帯員数(申請者を含む) | * | 人 | |
| 生計中心者氏名 | * | | |
| 世帯の収入状況(申請者以外全員) | | 年額収入合計 円 | |
| 世帯の預貯金状況(申請者以外全員) | | 預貯金額合計 円 | |
| 世帯認定等の特殊事情(生計中心者の転出等) * | * | 「3 その他世帯」の場合、詳細に記載 | |
| ○ その他特記事項 | | | |
| 担当介護支援専門員所属事業所 | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 | | | |
| 担当市町村名 | | | |
| 調査年月日 | | 年 月 日 | |
| 調査担当者氏名 | | 印 | |
| ※ 「*」項目については、担当介護支援専門員からの聞き取り及び行政情報により確認。 ※ 「介護サービスの利用状況」は、前月のサービス利用者負担月額を記載。 入院等特殊な場合は、平均的利用者負担月額を記載。 ※ 「収入の状況」について、前年の状況によることが失業等で適当でない場合は、過去3か月の平均など聞き取り、年額換算で記載。 ※ 「預貯金の状況」について、預貯金額が確認できる書類(申請日から2か月前までの通帳の写し、取引明細など)を添付。 | | | 広域担当印 |