

# 介護保険 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)

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			性 別	年 齢 歳
	住 所	〒 電話番号			

	収入のある人の氏名	収入の種類	金 額 (年 額)	備 考
① 収 入 金 額		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		年金・給与・( )	円	
		子供などからの仕送り	円	
		合 計		

②扶養関係    1 子供等の扶養になっている    2 子供等の扶養になっていない    3 子供はいない

③活用可能な資産（土地等）    1 あり（宅地\_\_\_\_\_㎡、田・畑\_\_\_\_\_㎡）    2 なし

④預貯金額（世帯合計）    円

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。  
 なお、上記申請内容に関し、被保険者及びその世帯員の資産並びに収入の状況について、市民税申告書等を  
 閲覧することに同意します。

令和    年    月    日

〒    ー

⑤申請者（本人）住 所

氏 名    印

(署名又は記名押印)

飯 田 市 長    (電話番号    ー    ー    )

**\* 裏面の確認事項も必ず記入ください**

【飯田市処理欄】

交付年月日	令和    年    月    日	交付者	備 考
適用年月日	令和    年    月    日から		
有効期限	令和    年    月    日まで		
減 免 率	／100・ 却下		

## 介護保険利用料の軽減に関する確認事項

(各確認事項に記入してください)

次の質問にお答えください。

問－1 ご家族についておたずねします。あてはまるところに○を付けてください。

- ① 子供と一緒に住んでいる。 ② 子供とは別に住んでいる。 ③ 子供はいない。

問－2 問－1で②(子供とは別に住んでいる)に○をつけた方にお聞きします。

子供からの仕送りはありますか。

- ① 仕送りがある(およそ月に 円位) ② 仕送りはない

問－3 あなたが加入している医療保険の種類を記入してください。

例、長野県後期高齢者医療 国民健康保険、本人の社会保険、子供の会社の保険  
医療保険の種類 ( )

問－4 確定申告等で税法上の扶養になっていますか

- ① はい ② いいえ

問－5 資産についておたずねします。お持ちの土地・建物等について記入してください。

- ① 住宅と敷地 (1) 平均的な住宅と敷地 (2) 広い敷地と大きい住宅 (3) 豪華な住宅 (4) 借家  
② 農地について (1) 荒れている (2) 自家用程度を耕作している  
(3) 貸している (4) 広く耕作している (5) 農地はない  
③ その他の資産の状況(駐車場、アパートなど事業用資産があれば記入してください)  
( )

問－6 あなたとご家族の中に、遺族年金や障害者年金、恩給を受けている方はいますか。受けている場合、1回に受ける金額について記入してください。

- ・ ( ) ヶ月ごとに 円、 種類 年金・受けている人  
・ ( ) ヶ月ごとに 円、 種類 年金・受けている人  
・ ( ) ヶ月ごとに 円、 種類 年金・受けている人

問－7 預貯金等について、おたずねします。定期預金・普通預金・有価証券あわせて何円お持ちですか。同居のご家族全員について記入してください。

あなたの預貯金等 およそ( 円位)

ご家族の預貯金等

- 名前( ) (あなたとの関係 ) およそ( 円位)  
名前( ) (あなたとの関係 ) およそ( 円位)  
名前( ) (あなたとの関係 ) およそ( 円位)