

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措置）

被保険者氏名	個人番号	
	被保険者番号	000
生年月日	明・大・昭	年 月 日
軽減申請理由	<p>1. 住民税世帯非課税で次の（1）～（6）のすべてに該当する生計が困難である者（生活保護受給者は除く。）</p> <p>（1）世帯全員の年間の収入額の合計が、1人世帯で150万円以下、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下であること</p> <p>（2）世帯全員の預貯金等の合計額が1人世帯で350万円以下、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）世帯全員についてその居住の用に供する土地及び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）別世帯の市町村民税課税者から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>（6）旧措置入所者でない、もしくは、旧措置入所者であり利用者負担割合が5パーセント以下でない、もしくは、旧措置入所者であり利用者負担割合が5パーセント以下でユニット型特別養護老人ホーム入所者であること</p> <p>2. 1に該当し高齢福祉年金を受給しているため</p> <p>3. 生活保護受給者であるため</p>	
<p>久留米市長 あて</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担金の軽減対象の確認申請をします。</p> <p>申請にあたり、次の点について了承します。</p> <p>1. 市民税・県民税の税額、所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料により確認されること</p> <p>2. 固定資産税の評価額等を課税台帳及び課税資料により確認されること</p> <p>3. 生活保護の受給状況その他の事項について調査確認されること</p> <p>4. 介護保険の認定状況や介護保険料の支払い状況を調査されること</p> <p>5. 確認申請書及び関係書類の写しを久留米市から関係機関へ送付されること</p> <p>6. 金融機関、雇用主に調査確認されること</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">（入所施設の住所 施設名）</p> <p>氏 名 電話番号</p>		

【市確認欄】

番号 確認	個・通・住・職 ()	本人 確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ()
----------	----------------	----------	---------------------------