別記様式第３号（第５条第１項関係）

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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　　所 | 〒電話番号 |
| 利用者負担額軽減申請理由 | 生計が困難な者 |
|  | 住　　　所 | 氏　　　名 | 生 年 月 日 |
| 被保険者の属する世帯の世帯主及びすべての世帯員 |  |  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 |
| 被保険者の属する世帯に被保険者の配偶者も属する場合は、以下の「被保険者の配偶者」については、記載不要です。 |
| 被保険者の配偶者（※） |  |  | 年　　月　　日 |

※　婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、配偶者が行方不明となった場合、当該者が配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成13年法律第31号）第１条第１項に規定する配偶者からの暴力を受けた場合その他これらに準ずる場合における当該配偶者を除きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の所有する現金、預貯金及び有価証券の額を合計した額 | 円 |
| 被保険者が所有する固定資産（被保険者等の居住する土地及び家屋を除きます。）の有無 | 有　・　無 |
| 弟子屈町長　　　　　　　　　様上記の内容を弟子屈町長が調査することに同意の上、次の書類を添付（被保険者がこの申請を行う日の属する月が１月から７月までの間の月である場合はこの申請を行う日の属する年の前年の初日、この申請を行う日の属する月が８月から１２月までの間の月である場合はこの申請を行う日の属する年の初日において弟子屈町の区域内に住所を有していた場合は第３号の書類を除きます。）し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認を申請します。（１）　被保険者等（被保険者を除きます。）の社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請同意書（別記様式第３号）及びその町民税・道民税　所得・課税証明書その他の年間収入がわかる書類又はその写し（２）　被保険者の弟子屈町の介護保険の被保険者証の写し（３）　被保険者の町民税・道民税　所得・課税証明書その他の年間収入及び平成28年厚生労働省告示第81号に定める厚生労働大臣が定める年金の収入金額がわかる書類又はその写し年　　月　　日被保険者　氏　　名電話番号 |