様式第１号

|  |
| --- |
| 介護保険サービス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） |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|  | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○を付けてください |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ※申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離（転居等）をした場合は、世帯分離（転居等）をする前の世帯構成となります。 |
| **≪当該要件確認欄≫　１～６にすべてに該当するか、７に該当することが必要です。**□　１.住民税が非課税世帯である□　２.世帯の前年の収入（4～6月の申請の場合は前々年）が単身世帯で150万円以下である（世帯員が１人増えるごとに50万円を加算）□　３.預金等の額が単身世帯で350万円以下である（世帯員が１人増えるごとに100万円を加算）□　４.日常生活に必要な資産以外で活用できる資産を所有していない□　５.同一世帯員以外の親族等に扶養されていない□　６.介護保険料を滞納していない□　７.生活保護を受給している※生活保護を受給されている場合は、収入申告書等の添付は不要とします。 |
| 北秋田市長　様上記の確認欄に該当することを確認し、別紙収入等申告書のほか必要書類を添えて介護保険サービスの利用者負担額の軽減対象確認の申請をします。また、認定に必要な所得状況等について市が調査することに同意します。　年　　月　　日住　所申請者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※北秋田市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　考 |
| 　年　　月　　日 | 世帯の所得状況等 |
| 適用年月日 |
| 　年　　月　　日 |
| 有効期限 |
| 　年　月　日　まで |

**様式第1号**

**提出前に必ず確認願います。**

**申請書にも記載がありますが、軽減を受けるには次の１から６のすべてに該当するか、７に該当することが必要です。**

**なお、この軽減申請は「負担限度額認定申請」とは別の制度による申請となり、審査内容も異なります。**

|  |
| --- |
| **世帯構成については、申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離（転居等）をした場合は、世帯分離（転居等）をする前となり審査判定を行います。****そのため、預貯金等は申請者及び世帯全員分の通帳の写しが必要となります。****また、審査判定のため市が必要な調査（収入・資産・預貯金等）に同意したうえで申請書等の提出をお願いします。****※この軽減制度には税金が使われているため、同意ができない場合は申請書を提出することができません。** |

**１．住民税が非課税世帯である**

**２．前年の年間収入（4～6月の申請の場合は前々年）が単身世帯で150万円以下である**

**（世帯員が１人増えるごとに50万円を加算）**

**※この収入には、遺族年金や障害年金などの非課税年金や、恩給など税法上非課税であるものを含みます。**

**また、親族からの仕送りなど、税法上申告を要しない収入も含みます。**

**３.預金等の額が単身世帯で350万円以下である**

**（世帯員が１人増えるごとに100万円を加算）**

**４.日常生活に必要な資産以外で活用できる資産を所有していない**

**５．同一世帯員以外の親族等に扶養されていない**

**（住民税課税者の扶養親族でないこと）**

**６．介護保険料を滞納していない**

**７．生活保護を受給している**