第２号様式（第６条関係）

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）

令和　　年　　月　　日

（提出先）

　平塚市長

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号　　　　　（　　　　）

　このことについて、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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 確認番号 |  | |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者  番　　号 |  | |
|
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 住　　　所 | | 〒 | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | | 生計中心者に○印をつけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  | | |  |
| 世帯員 |  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| 利用先  社会福祉法人 | | 利用事業所名称 | サービス種別（〇付け） | | | 利用開始(予定)日 |
|  | ・介護老人福祉施設  ・短期入所生活介護  ・他（　　　　　　　　　） | | |  |

　審査にあたり所得状況を確認するため、この申請書のほかに次の書類の御提出をお願いいたします。

・同意書（別紙１）

～以下の書類は生活保護受給者の方は省略可能です～

・収入に関する申告書（別紙２）　・源泉徴収票　・年金支払通知書　・給与明細書の写

・確定申告書の写　・預金、貯金通帳の写（通帳すべて。1年以上前の記録（負担減と異なります）から）

なお、①有価証券、債券の保有状況の確認、②自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や

土地など活用できる資産がない。③負担能力のある親族等に扶養されていない

　上記①～③の内容について申告により確認させていただきます。（同時の場合負担限用の通帳コピー不要）

＊負担限度額認定の利用可能者は当制度との併用が前提となりますので、同時に認定申請をしてください。

記入例

第２号様式（第６条関係）

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）

令和　　年　　月　　日

（提出先）

　平塚市長

申請者　住　　所　平塚市浅間町9-1

　　　　氏　　名　平塚　次郎

　　　　電話番号　0463（23）1111

　このことについて、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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | ヒラツカ　　タロウ | | 確認番号 |  | |
| 被保険者氏名 | | 平塚　太郎 | |
| 被保険者  番　　号 | 0000123456 | |
|
| 生年月日 | | 明・大・昭　　10年　10月　1日 | | | | |
| 住　　　所 | | 〒254-8686  平塚市浅間町９番１号 | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | | 生計中心者に○印をつけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 平塚　太郎 | 大１０．１０．１ | | |  |
| 世帯員 | 平塚　良夫 | 昭１１．１．１ | | | 〇 |
| 平塚　良子 | 昭１２．２．２ | | |  |
|  |  | | |  |
| 利用先  社会福祉法人 | | 利用事業所名称 | サービス種別（〇付け） | | | 利用開始(予定)日 |
| ・ひらつか特別養護老人ホーム  ・ひらつか訪問介護 | ・介護老人福祉施設  ・短期入所生活介護  ・他（　訪問介護　　　　） | | | 平成30年4月1日 |

お問い合わせ先

平塚市役所　介護保険課　介護給付担当

電話　0463-23-1111（内線2472）