社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 確認番号 |  |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年　 　月　　 日生 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒 電話番号　　　－ |
| 利用者負担額軽減申請理由 | １ 生計困難者２ 生活保護受給者３ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○をつけてください |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | 　 年　 月 　日生 | 男･女 |  |  |
| 世帯員 |  | 　 年　 月　 日生 | 男･女 |  |  |
|  | 　 年 　月　 日生 | 男･女 |  |  |
|  | 　 年　 月　 日生 | 男･女 |  |  |
| 高知市長　様上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減の申請をします。なお，社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者決定のために必要があるときは，本人及び世帯構成員の収入状況，課税状況及び資産状況その他必要事項について，官公署その他関係機関に照会し，確認することを承諾します。令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　住所申請者（被保険者）　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号＜被保険者以外が代理で申請する場合＞　　　　　　　　　　　　　住所代理人　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号 |

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減）

高知市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定区分 | 生活保護受給 | □無　　　□有 | 世帯員（　 　）人 | 入　力 |
| 決定・却下 | 市町村民税世帯状況 | □非課税　□課税（　　　 ） | 老福年金 □無 □有 旧措置 □無 □有　/100その他（　　　　　　　　 ） |  |
| 交付年月日 | 年間収入150万円以下(1人につき50万円加算） | □以下　　□超える基準額（　　　　　　　　　）円判定額（　　　　　　　　　）円 |
| 　　年　月　日 | <要介護等認定状況>事業・支援・介護 ( 　 )　　　　　～<軽減申請サービス><備考> |
| 適用年月日 | 預貯金等350万円以下(1人につき100万円加算） | □以下　　□超える基準額（　　　　　　　　　）円判定額（　　　　　　　　　）円 | 確　認 |
| 年　 月　日 |  |
| 資産の状況 | □無　　　□有(　　　 　　) |
| 有効期限 | 扶養の状況 | □無　　　□有(　　　　　 ) |
| 　　年　月　日 | 保険料滞納 | □無　　　□有(　　　　　 ) | 送　付 |
| 負担限度額認定(特養･短期) | □有　　　□無　 |  |
| 減額割合 | ｻｰﾋﾞｽ利用者負担　　/100　食費・居住費等　 /100 |  |