

社会福祉法人利用者減額対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の減額措置)

| | | | |
|---|---|--------|--------|
| 提出者 | | | |
| 提出者連絡先 | ☎ () | 本人との続柄 | |
| フリガナ 被保険者氏名 (申請者) | | | 確認番号 |
| | | | 被保険者番号 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | | |
| 住 所 | 〒 電話番号： 宇都宮市 | | |
| 利用者負担額 減額申請理由 | ア 市町村民税世帯非課税で、収入等が一定基準以下のため(詳細裏面) イ 生活保護受給者(昭和・平成・令和 年 月 日～) | | |
| (あて先) 宇都宮市長 令和4年 8月 1日 上記のとおり令和4年8月1日からの社会福祉法人による利用者負担額減額を申請します。 ◎減額内容の決定通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。) 被保険者氏名： _____ | | | |
| 送 付 先 | 〒 電話番号： 住所： 氏名： | | |

※裏面(収入等の状況)についても必ずご記入ください。

宇都宮市 記入欄

| | | |
|-----------|---------------|-----------------|
| 交 付 年 月 日 | 備 考 | |
| 年 月 日 | 税状況： 課税 ・ 非課税 | 収 入： 該当 ・ 非該当 |
| 適 用 年 月 日 | 預貯金： 該当 ・ 非該当 | 資 産： 該当 ・ 非該当 |
| 年 月 日 から | 扶 養： 該当 ・ 非該当 | 保 険 料： 該当 ・ 非該当 |
| 有 効 期 限 | 入力 ・ 決定 ・ 送付 | |
| 年 月 日 まで | | |

生活保護受給者の申請の場合、裏面への記入の必要はありません。

《収入等の状況》

| | | |
|--|------------------------------|------------------------|
| ① 年間収入 〔前年1月1日～12月31日〕 (世帯全員についてご記入ください) | 市民税・所得税の 申告の有無 (○でかこむ) | 申告している ・ 申告していない |
| | 本人 | 円 |
| | 家族 (続柄) | () 円 |
| | | () 円 |
| ② 預貯金額等 〔預貯金その他、有価証券等も 含まれます〕 (写しを添付してください) | 本人 | 円 |
| | 家族 (続柄) | () 円 |
| | | () 円 |
| | | () 円 |
| ③ 居住等以外の資産(不動産) の有無 (○でかこむ) | 有 ・ 無 | |
| ④ 親族等の扶養の有無 (○でかこむ) | 扶養されている ・ 扶養されていない | |
| ⑤ 介護保険料の納付状況 (○でかこむ) | 完納(納付済) ・ 滞納あり | |

※減額対象者の要件；以下のすべての項目を満たす方

市町村民税世帯非課税であって、

①年間収入：単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下。

②預貯金額等：単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下。

③世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に、利用し得る資産を所有していない。

④負担能力のある親族等に扶養されていない。

⑤介護保険料を滞納していない。

〈 記 載 例 〉

更新用

様式第2号

社会福祉法人利用者減額対象確認申請書 (社会福祉法人による利用者負担の減額措置)

| | | | |
|---|---|--------|---------------------|
| 提出者 | 宇都宮 花子 | | |
| 提出者連絡先 | ☎ 080 (XXXX) XXXX | 本人との続柄 | 子 |
| フリガナ | ウツノミヤ タロウ | 確認番号 | |
| 被保険者氏名 (申請者) | 宇都宮 太郎 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 9 8 7 6 5 4 |
| 生年月日 | 明・(大)・昭 10 年 10 月 10 日生 | | |
| 住 所 | 〒 320-8540 宇都宮市 旭1-1-5 | 電話番号: | 632-2906 |
| 利用者負担額 減額申請理由 | (ア) 市町村民税世帯非課税で、収入等が一定基準以下のため(詳細裏面) イ 生活保護受給のため(昭和・平成・令和 年 月 日~) | | |
| (あて先) 宇都宮市長 令和4年 8月 1日 上記のとおり令和4年8月1日からの社会福祉法人による利用者負担額減額 を申請します。 ◎減額内容の決定通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。) 被保険者氏名: <u>宇都宮 太郎</u> | | | |
| 送 付 先 | 〒 320-0000 住所: 宇都宮市〇〇町〇〇〇-〇〇 氏名: 宇都宮 次郎 | 電話番号: | 600-0000 |

※裏面(収入等の状況)についても必ずご記入ください。

宇都宮市 記入欄

| 交 付 年 月 日 | 備 考 | |
|-----------|---------------|-----------------|
| 年 月 日 | 税状況: 課税 ・ 非課税 | 収 入: 該当 ・ 非該当 |
| 適 用 年 月 日 | 預貯金: 該当 ・ 非該当 | 資 産: 該当 ・ 非該当 |
| 年 月 日 から | 扶 養: 該当 ・ 非該当 | 保 険 料: 該当 ・ 非該当 |
| 有 効 期 限 | | |
| 年 月 日 まで | | 入力 ・ 決定 ・ 送付 |

受付

※ この申請書は、「令和4年8月31日」まで使用できます。

生活保護受給者の申請の場合、裏面への記入の必要はありません。

《収入等の状況》

| ① 年間収入 〔前年1月1日～12月31日〕 (世帯全員についてご記入ください) | 市民税・所得税の 申告の有無 (○でかこむ) | |
|--|--|--------------------------------------|
| | 本人 | 申告している 申告していない |
| | 本人 | 600,000 円 |
| | 家族 (続柄) | (妻) 500,000 円 |
| | | () 円 |
| | 本人 | 500,000 円 |
| | | 家族 (続柄) |
| | () 円 | |
| | 本人 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 |
| | | 家族 (続柄) |
| | () 円 | |
| ⑤ 介護保険料の納付状況 (○でかこむ) | <input checked="" type="radio"/> 完納 (納付済) ・ 滞納あり | |

※減額対象者の要件；以下のすべての項目を満たす方

市町村民税世帯非課税であって、

- ①年間収入：単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下。
- ②預貯金額等：単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下。
- ③世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に、利用し得る資産を所有していない。
- ④負担能力のある親族等に扶養されていない。
- ⑤介護保険料を滞納していない。