

記入例

様式第2号

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	カイゴ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	介護 太郎	生年月日	明・大・昭 3 年 2 月 1 日生
住所	山形市旅籠町二丁目3番25号		
入所施設名 (特養のみ)	特別養護老人ホーム●●●		
軽減申請理由	① 住民税非課税世帯で生計困難 2 生活保護受給者		
日常生活以外に 活用できる資産	有 ()	無 ()	
扶養控除対象者又は 医療保険の被扶養者	有 ()	無 ()	仕送り 受けている () 月 100,000 (円) ・受けていない ()
障害者年金、遺族 年金等非課税収入	有 () (氏名 介護 太郎)	収入種類	障害基礎年金 収入額 780,000 (円) ・無 ()
世帯主	氏名 介護 太郎	生年月日	明・大・昭 3 年 2 月 1 日生
世帯員	氏名 介護 花子	生年月日	明・大・昭 1 年 2 月 3 日生
世帯員	氏名 介護 二郎	生年月日	明・大・昭 33 年 3 月 3 日生
課税収入額(円)	700,000	預貯金・有価証券・現金 の額(円)	200,000
課税収入額(円)	800,000	預貯金・有価証券・現金 の額(円)	500,000
課税収入額(円)	0	預貯金・有価証券・現金 の額(円)	3,500,000
不明な場合は 記入不要			
(あて先) 山形市長			
私は、上記記載事項のとおり、標記制度による軽減の対象となるため、その確認を申請します。 また、軽減対象確認のため必要があるときは、私及び私の同一世帯員に関する上記記載事項について 山形市が調査し、官公署及び金融機関その他の関係機関に報告を求めることに同意します。 併せて、軽減を受けるため必要があるときは、判定結果について、サービスを受ける事業所に情報提供 することに同意します。			
提出日 (記入日)	令和 8 年 7 月 ●● 日	必ず被保険者本人の氏名(代筆可) 介護 太郎	
問合せ先 (記載必須)	氏名 介護 一郎	被保険者との関係	長男
	住所 山形市南石関27番地	電話番号	023-645-1177

生活保護受給者の方は「2」、
それ以外の方は「1」に○

(有)のときは、かつこ内に内容を記入
(田、畑、煙、賃貸住宅、など)

仕送りの有無について、必ずどちらかに○
受けている場合は、金額を記入

本人・世帯員が持っている全ての預貯金(定期も含む)、
株などの有価証券、現金等の合計金額を記入

必ず記入!!

市記入欄		決定(交付)年月日 年 月 日	
要介護度		利用負担段階	軽減割合
課税状況 本人 課税・非課税		□第1段階 (生活保護受給者)	100
世帯 課税・非課税		□第2段階 (課税収入が一定額未満)	25
収入 本人 円		□第3段階 (上記以外の基準該当者)	25
世帯員 円		適用期間	
世帯合計(人) 円		年 月 日 ~ 年 月 日	
預貯金等 本人 円		□非該当	□本人・世帯 住民税課税
世帯員 円			□世帯収入超過
世帯合計(人) 円			□世帯預貯金超過
資産の有無 有 無			□被扶養者(扶養者:)
扶養の有無 有 無			□資産あり
医療保険 後期 国保 生保 他()		送付先指定	有 無
生保 有(年 月 日 ~) 無		給付制限	有 無

留意事項

- 申請に際しては、世帯全員の預貯金通帳の写し等が必要です。(生活保護受給者の場合は不要です)
- 収入は全て年間の金額を記入して下さい。