

申 立 書

(社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請専用)

倉敷市長 へ
 申立人(被保険者) 住所 _____
 氏名 _____
 代筆者氏名 _____
 (被保険者との続柄 _____)
 連絡先Tel(_____) _____

私は、社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度実施要綱第3条に規定する要件に該当すると見込まれますので申し立てます。また、下記の記載内容に相違ありません。なお、市が下記の記載内容や私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況を調査することに同意します。

1. 被保険者本人の収入状況(前年中)及び預貯金等の状況

| 収入の種類(※該当する収入をチェックし、内容等を記入してください。) | 収入額(年額) |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他 | 円 |

※仕送りをしている人の住所・氏名・連絡先・続柄(仕送りがあるとき記入してください。)
 (住所) _____ (連絡先) _____
 (氏名) _____ (続柄) _____

| 預貯金等の種類(※該当する項目をチェックし、内容等を記入してください。) | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 預貯金 | <input type="checkbox"/> 有価証券 |
| 預貯金先(_____) 預貯金額(_____ 円) | 種類(_____) 額面(_____ 円) 評価概算額(_____ 円) |

※評価概算額とは現在売却した場合のおおよその金額です。

2. 被保険者の家族の収入状況(前年中)及び預貯金の状況

| 氏名 | 続柄 | 収入の種類 | 収入額(年額) | 預貯金等の額 |
|----|----|-------|---------|--------|
| | | | | 円 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※世帯員氏名、被保険者との続柄、収入の種類、収入額、預貯金等(有価証券等も含む)の額を記入してください。

3. 世帯の所有する資産の状況（※該当する資産状況にチェックしてください。）

| 土地 | □宅地 | 延面積 | 所有者氏名 | 所在地 | 使用目的等 |
|----|-------------|-----|-------|-----|-------|
| | | | | | |
| 建物 | □田畑 その他 | | | | |
| | □居住用 の持家 | | | | |
| | □その他 | | | | |

※同じ資産を複数所有している場合は全てを記入してください。

| □自動車 | 使用状況 | 所有者氏名 | 車種等 | 評価概算額 |
|------|------|-------------|-----|-------|
| | | □使用 □未使用 | | |

※評価概算額とは現在売却した場合のおおよその金額です。

| □貴金属 その他高価なもの | 品名 | 評価概算額 |
|------------------|----|-------|
| | | |

4. 被保険者の生活状況（※該当する生活状況にチェックしてください。）

施設に入所している人

施設費用は、

□全額を自分で払っている □一部を親族等が払っている □全額を親族等が払っている

※親族等が一部または全額を払っている場合は親族等の住所・氏名・連絡先・続柄を記入してください。

(住所).....(連絡先)
(氏名).....(続柄)

在宅で生活している人

住まいは、

□独居 ⇒ 近隣に世話をしてくれる家族は？ □有 □無

□家族と同居 ⇒ 住民票は？ □同世帯 □別世帯

※別世帯の家族と同居している場合は別世帯の住所・世帯主の氏名・連絡先・続柄を記入してください。

(住所).....(連絡先)
(氏名).....(続柄)

生活費（食事代や光熱水費・介護サービス利用料等）は、

□すべて自分で払っている □一部を親族等に援助してもらっている

□全額を親族等に援助してもらっている

※親族等に一部または全額を援助してもらっている場合は親族等の住所・氏名・連絡先・続柄を記入してください。

(住所).....(連絡先)
(氏名).....(続柄)

※裏面もあります

◎この申請の提出を、「ケアマネージャー」もしくは「サービス事業所」へ依頼する場合は、ご記入ください。

《被保険者同意欄》

私は社会福祉法人等利用者負担軽減申請について、下記の事業所へ申請書及び添付書類の提出を委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 _____

《サービス事業所欄》

社会福祉法人等利用者軽減申請について、上記の被保険者から申請書及び添付書類の提出の依頼を受けました。

令和 年 月 日 事業所名 _____

氏名 _____

《注意事項》

この申立書は、社会福祉法人による利用者負担軽減制度を受けようとする人が、「利用者負担額減額・軽減認定（確認）申請書」に添付する書類です。要綱第3条による社会福祉法人の利用者負担軽減対象者の該当要件は、次のとおりです。

（要綱第3条の対象者の該当要件）

市町村民税世帯非課税者であって、次の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると認められる方で、

- ①年間収入が単身世帯で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であること。
- ②預貯金等の額が単身世帯で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であること。
- ③日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤介護保険料を滞納していないこと。

※ この申立書により知り得た情報は利用者負担額軽減対象確認以外には一切使用いたしません。

※ この申立書に基づき収入認定を行います。その審査の際、公簿等により調査を行うこととなります。また、申立書の記載事項について、訪問調査を行い、あらためてお聞きすることがありますのでご了承ください。

※ この申立書の内容について、虚偽の申し立てをしたときは、倉敷市介護保険条例第19条の規定により、10万円以下の過料を科されることがあります。

《この申立書に添付する書類》

- ① 介護保険の被保険者証（オレンジ色）
- ② 世帯全員の収入・預貯金等の額がわかるもの
（源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告・預貯金通帳・固定資産税納税通知書などの写し）
※所得証明をとる必要はありません。

《お問い合わせ》

倉敷市 介護保険課給付係 電話（０８６）４２６－３３４３