

倉敷市介護保険 利用者負担額減額・軽減等認定（確認）申請書

1. 訪問介護利用者負担額減額認定（確認）申請 2. 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請

被 保 険 者	氏名	フリガナ	被保険者番号（介護保険被保険者のみ）									
			個人番号									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	住所	〒										
		電話（自宅・携帯・呼出）（ ）										
申請理由			利用事業所									

世 帯 構 成	世帯主	氏名	男 女	生年月日	明 大 昭 平	生計中心者 氏名
	世帯員		男 女	明 大 昭 平		男 女 明 大 昭 平
			男 女	明 大 昭 平		男 女 明 大 昭 平

ホームヘルパーの利用	年	月頃から	*訪問介護利用者負担額減額認定申請の場合のみ、記入してください。				
身体障害者手帳	有・無（	級第	号）	交付年月日	年	月	日

倉敷市長あて
上記のとおり申請します。なお、市が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。また、私が生活保護受給者として申請し承認された場合、担当の社会福祉事務所に決定内容について情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 申請者名（被保険者）

申請書提出者（代行事業所名） 連絡先電話（ ）

（注）上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。

倉敷市 記入欄	受付窓口	<input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 真備			受付年月日	年	月	日	入力
	備考	<input type="checkbox"/> 法施行時		<input type="checkbox"/> 法人軽減		決定日			
		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認		年	月	日	

訪問介護利用者負担額減額認定申請上の注意

1. 該当要件

障害者総合支援法によるホームヘルプサービス利用時、境界層該当で定率負担額が0円で次のいずれかに該当する方

- ①介護保険で定める特定疾病に該当することにより要介護・要支援状態となった40歳～64歳までの方
- ②65歳になる前の1年間に障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していた方

2. 申請に必要なもの

介護保険の被保険者証（オレンジ色）
境界層該当証明

社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請上の注意

1. 該当要件（次の（1）（2）いずれかに該当すること）

（1）利用者負担の軽減をおこなうことを所轄庁に申し出た社会福祉法人の実施するサービスを利用する方のうち、市町村民税世帯非課税であって、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して、倉敷市が認めた方

- 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

（2）生活保護受給者

2. 申請に必要なもの

（1）「1. 該当要件(1)」に該当する方

- ①介護保険の被保険者証（オレンジ色）
- ②申立書
- ③世帯全員の収入及び預貯金等の資産がわかるもの

（源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告の写し・預貯金通帳・固定資産税納税通知書など）

※所得証明をとる必要はありません。

（2）「1. 該当要件(2)」に該当する方

- ①介護保険の被保険者証（オレンジ色）

※介護保険被保険者のみ