



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				保険者番号		452029									
被保険者氏名				被保険者番号										0	0
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女									
住 所		〒 電話番号 ()													
利用者負担額 減額申請理由															
		氏 名		生 年 月 日		性別		生計中心者に○をつけて下さい							
世帯 構 成	世帯主			明・大・昭 . . .											
	世帯員			明・大・昭 . . .											
				明・大・昭 . . .											
都城市長 宛て 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。 なお、申請にかかる課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認することに同意します。 年 月 日 住 所 _____ 申請者 _____ 電話番号 () 氏 名 _____															

利用している事業者名 ()

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考		
年 月 日	所 得 の 状 況		減額の割合
適 用 年 月 日	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	円	1／4
年 月 日から	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	円	1／2
有 効 期 限	③ 世帯がその居住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こと	有 ・ 無	1／4(居住費・滞在費のみ全額)
7 月 31 日まで	④ 介護保険料の滞納がないこと	有 ・ 無	
決定通知	⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと	有 ・ 無	全額(居住費・滞在費のみ)
-	⑥ 生活保護受給者	有 ・ 無	非該当
-	⑦ 負担限度額認定を申請していること	有 ・ 無	-