令和８年度　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 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	
住所	〒 電話番号		
備考	（利用者負担額減額申請理由） 1　生計が困難なため　　2　その他（　　） （利用(予定)サービス） 1　居宅サービス　　2　施設サービス		

京丹後市長　様

前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確認を申請します。

年　　月　　日

〒

住所

申請者　　電話番号

氏名

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	（生計中心者の所得状況等を把握）
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

収 入 等 申 告 書

（社会福祉法人等利用者負担軽減対象申請用）

京丹後市長　様

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

令和7年中の世帯の収入等について下記のとおり申告します。また、京丹後市長寿福祉課が収入等の状況について調査することに同意します。

被保険者氏名	

区分及び認定要件	世帯及び被保険者の状況	添付書類
世帯の収入状況 **（非課税収入含む）** ・市町村民税世帯非課税で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。 ※年間収入とは、年金収入、給与収入等、収入の合計です。	世帯員数　　人 課税年金収入　　円 （国民年金等） 非課税年金収入　　円 （障害者年金・恩給等） その他課税収入　　円 （給与・営業・農業・一時所得他） その他収入　　円 世帯合計収入　　円	年金支払通知書、源泉徴収票、確定申告書等の収入を証する書類の写し。 ※同一世帯全員分が必要です。世帯の収入が課税収入だけであり、確定申告等が完了している場合は添付不要です。
預貯金等 **（有価証券、債権等含む）** ・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	預貯金　　円 有価証券等　　円 世帯合計　　円	預金通帳・証券等の写し ※**世帯全員の分が必要です**。預貯金がない場合でも、収入状況（年金含む）や預貯金残高を確認する必要がありますので、全ての通帳・定期等をご持参ください。
日常生活に供する資産以外に活用できる資産 ・資産・生活に関係がなく特に換金価値のある土地等がないこと	該当に○ 1 ある　　2 ない	
親族等による扶養の有無 ・生活全般にわたって扶養能力のある親族等に扶養されていないこと	該当に○ 1 ある　　2 ない	本人以外の家族が税金上の扶養者として申告されている場合は、扶養されていることになります。
介護保険料の滞納 ・滞納がないこと	該当に○ 1 ある　　2 ない 滞納がある場合の支払予定日　　年　月　日	1円でも介護保険料を滞納していると対象にはなりません。

【添付書類】・世帯全員の預金通帳　・世帯全員の年金支払通知書　・証券・積立定期預金等

※預貯金がない場合でも、1年間の収入状況（年金を含む）と預貯金残高を確認する必要がありますので、令和7年中の収支の分かる通帳をご持参ください。窓口で通帳等の写しを取得させていただきます。

（裏面あり）

（裏面）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証に係る同意書

私は、上記申請にあたり、その確認のために、市職員が私及び私の同一世帯員につき市税務担当課の保有する課税台帳等の市民税関係公簿、市生活保護担当課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

また、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の同一世帯員の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることについて同意します。京丹後市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の同一世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和　　年　　月　　日

京丹後市長　様

（被保険者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

承諾者（同一世帯員）

氏　名	住　所
	京丹後市
	京丹後市
	京丹後市
	京丹後市
	京丹後市
	京丹後市