

様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

個 人 番 号						被保険者番号					
ふりがな 被保険者氏名											
生 年 月 日		年 月 日				性 別		男 ・ 女			
住 所		〒 電話番号									
利用者負担額 減免申請理由		該当に○		1 生計が困難なため 2 その他()							
利用(予定) サ ー ビ ス		該当に○		1 居宅サービス 2 施設サービス							
		氏 名		生年月日		性 別		生計中心者に○			
世 帯 構 成	世 帯 主										
		個人番号									
	世 帯 員										
		個人番号									
		個人番号									
		個人番号									
個人番号											
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。 令和 年 月 日 京丹後市長 様 住 所 申請者 氏 名 電話番号											

市記入欄

交 付 年 月 日	年 月 日	備 考
適 用 年 月 日	年 月 日から	(世帯の所得状況等を把握)
有 効 期 限	年 月 日まで	

※ 添付書類 収入申告書及び対象確認に必要な書類

(社会福祉法人等利用者負担軽減対象申請用)

申請者 住所
氏名

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、年金収入や給与所得等の合計です。	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) その他課税所得 円 (給与・営業・農業・一時所得他) その他所得 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 ・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となります。
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 年 月 日 の支払予定日	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6年中の収支の分かる全ての通帳等(定期預金・有価証券含む)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。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象の申請に係る同意書

私達は、上記申請にあたり、京丹後市職員が私(被保険者)及び私の同一世帯員について、京丹後市税務担当課が保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿、及び、京丹後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(被保険者の同一世帯員)

[illegible]