

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ	カゴ タロウ	保険者番号	242024
被保険者氏名	介護 太郎	生 年 月 日	1234567
生年月日	明・大・昭 10年	屋間つながる番号を記入してください。	
住所	〒 510-8601 四日市市諏訪町1番5号	電話番号（連絡先）	090-XXXX-XXXX(花子)
利用サービス	1：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（旧措置入所者への該当 該当・非該当） 2：在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当）		
介護老人福祉施設の所在地及び名称	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所の場合のみ記入 四日市市諏訪町2番2号 特別養護老人ホームかいごほ 施設入所の場合のみ記入してください。		
入所日	(平・令 30年 4月 1日)		
氏 名	生 年 月 日		
世帯主	介護 太郎	明・大・昭・平 10年 11月 3日	
世帯員	介護 花子	明・大・昭・平 15年 3月 15日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	

四 日 市 市 長
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の確認を申請します。
なお、この申請に伴い必要な私、ならびに家族に関する市民税課税状況及び収入状況、預貯金等、資産、扶養の状況の有無、生活保護受給の有無について、市長が調査することに同意します。
〇年 4月 1日

申請者（被保険者） 住所 四日市市諏訪町1番5号 氏名 介護 太郎 (介護)
四日市市諏訪町1番5号 氏名 介護 花子 (介護)
氏名
氏名
氏名

住民票の同一世帯員全員の氏名を記入してください。本人自署の場合押印不要です。代筆の場合は記名押印してください。

※本人自署でない場合、押印が必要です

↓必ず添付してください（生活保護世帯は通帳の写しは不要です）

この申請書に、『資産等申告書（社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証交付申請に係る資産等申告書）』と、収入や預貯金等を証明するものの写しを添付してください。

＜四日市市役所 介護保険課＞

『市記入欄』	審査結果	承認（25・50・生保等）・不承認
1. 収入要件（基準内・基準外）	4. 資産要件（基準内・基準外）	7. 世帯課税状況（課税・非課税）
2. 預貯金要件（基準内・基準外）	5. 生保受給（受給有・受給無）	8. 老福年金受給（あり・なし）
3. 扶養要件（扶養なし・被扶養）	6. 保険料滞納（あり・なし）	

【社会福祉法人等による利用者負担軽減制度】

介護保険のサービスを利用した場合、所得に応じてサービス費用の1～3割を利用者が負担します。収入の低い人で特に生計が困難である人に対して、軽減事業を実施している社会福祉法人で対象となるサービスを利用するとき、費用の1割自己負担分及び食費、居住費（滞在費）の1／4（老齢福祉年金受給者は1／2）を軽減します。

○対象となるサービスと費用は、

社会福祉法人が運営する事業所が提供する、以下のサービス（介護予防を含む）にかかる

1割自己負担分、食費、居住費（滞在費）です。

訪問介護、夜間対応型訪問介護、通所介護（デイサービス 地域密着型を含む）
認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護
短期入所生活介護（ショートステイ）、特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス

○軽減の割合は、

1割自己負担分及び食費、居住費（滞在費）の**1／4**（老齢福祉年金受給者は**1／2**）です。

○軽減の対象となる人は、

世帯全員が市民税非課税で、次の①から⑤の条件をすべて満たす人です。

世帯員数	1人	2人	3人	4人以上
①前年中の年間収入	150万円以下	200万円以下	250万円以下	…以降、世帯員が1人増えるごとに50万円を加えます。
②預貯金等の額	350万円以下	450万円以下	550万円以下	…以降、世帯員が1人増えるごとに100万円を加えます。
③日常生活のために必要な資産（自宅の土地、建物など）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。 （扶養とは、税の扶養控除の対象、健康保険の被扶養、課税者に日常生活の援助を受けている等をいいます）				
⑤介護保険料を滞納していないこと。				

《ご注意ください》

- *利用者負担第2段階（課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間82.65万円以下）の方は、施設サービスにかかる利用者負担（1割負担分）は対象外です。
- *他の減額制度を利用の場合、その制度が優先される場合があります。
- *生活保護を受給している人は、短期入所生活介護（介護予防を含む）、特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）利用時の居住費（滞在費）のみ対象となります。

＜お問い合わせ先＞

四日市市役所 介護保険課 管理・保険料係

TEL 059-354-8190 FAX 059-354-8280