

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

第3号様式（第6条関係）

京都市社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

申請年月日を記入してください。

申請者の住所、電話番号、氏名を記入してください。

令和3年 4月 1日

申請者
住所

京都市中京区〇〇〇

電話 111-1111

フリガナ
申請者
氏名

キョウト タロウ

京都 太郎

被保険者の氏名、被保険者番号
を記入してください。

法人利用者負担軽減制度事業実施要綱第6条第1項の規定により利用者負担
申請します。

フリガナ

キョウト タロウ

被保険者番号

京都 太郎

1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0

該当する申請理由にチェック
を入れてください。

申請
理由

- 市町村民税世帯非課税であって、生計が困難であるため
 生活保護を受給しているため
 その他（ ）

利用している指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設・利用開始（予定）年月日

特別養護老人ホームあかさたな 令和3年4月～

利用している施設名称、利用開始（予定）日を記入してください。

- * 該当する□に✓をご記入ください。
- * 全ての利用している指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設を記載してください。
- * 指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設に提出を依頼した場合は、「利用している指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設」の欄に記載した当該事業者・施設名に○印をつけてください。

◎ 収入等申告書及び収入等の確認できる資料を添付してください。

（*生活保護を受給している方は収入等申告書等の添付を省略することができます。）

下記は記入しないでください。

起案	令和 年 月 日	決定	令和 年 月 日	課長		係長		係員	
下記のとおり決定します。				確認番号					
承認する ・ 承認しない				減額割合 1/4 ・ 1/2 ・ 居住費100%					
承認又は 不承認の 理由	承認 <input type="checkbox"/> 承認に必要な要件を満たすため			<input type="checkbox"/> 生活保護受給中のため					
	不承認 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯に属しているため			<input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納があるため					
			<input type="checkbox"/> 旧措置入所者で負担割合が5%以下のため			<input type="checkbox"/> 年間収入が基準額を超えるため			
			<input type="checkbox"/> 預貯金等が基準額を超えるため			<input type="checkbox"/> 日常生活に供する以外の資産があるため			
			<input type="checkbox"/> 負担能力のある家族に扶養されているため						
適用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで								
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新		申請年度	令和 年度		区担当者			