　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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先）京　都　市　長 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 申請者  住　所 | 電話　　　　　－ | | フリガナ | | |  | | | | | | | | |
| 申請者  氏　名 | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 京都市社会福祉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  軽減対象確認を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  氏　　名 |  |  | |  |  | |  |  | － |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |
|  |
|  |

**＊　該当する□にν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　□ 承認に必要な要件を満たすため　　　　　 □ 生活保護受給中のため | | | | | | | | | | | | | |
| 不承認　□ 市民税課税世帯に属しているため　　　　 □ 介護保険料の滞納があるため  □ 旧措置入所者で負担割合が５％以下のため □ 年間収入が基準額を超えるため  □ 預貯金等が基準額を超えるため　　　　　 □ 日常生活に供する以外の資産があるため  □ 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 | □ 新規　　□ 更新 | | 申請年度 | | | 令和　　年度 | 区担当者 | | |  | | | | |