

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認申請書				
フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名				
生年月日	明治・大正 昭和	年	月	性別 男・女
住所	電話番号			
申請理由				
利用(予定)サービス	☐ 介護福祉施設(特別養護老人ホーム) ☐ 短期入所生活介護(ショートステイ) ☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ その他()			
利用(予定)事業所名称				
社会福祉法人等名称				
浦添市長 殿 上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額軽減の対象確認の申請をします。 なお、決定にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産(預貯金・不動産等)及び扶養の有無等を確認することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏 名 電話番号 (続柄:)				
『社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認申請に係る収入等申告書』も併せて提出してください。				
市記入欄				
他法適用		課税状況(該当・非該当)	資産状況(該当・非該当)	適用年月日
生活保護	無・有	非課税・課税	資産なし・資産あり	令和 年 月 日から
旧措置(5%以下)	無・有			
収入合計(④>⑤) (該当・非該当)				有効期限
【基準額④】: 150万円+()×50万円= 万円 【合計額⑤】: 円				令和 年 月 日まで
預貯金等合計(④>⑤) (該当・非該当)				
【基準額④】: 350万円+()×100万円= 万円 【合計額⑤】: 円				交付年月日
扶養状況(該当・非該当)		介護保険料納付状況(該当・非該当)		令和 年 月 日
負担能力のある親族等の扶養	無・有	滞納なし・滞納あり		
負担限度額適用 ※特養・ショートのみ		訪問介護等負担軽減適用	※※ 判 定 ※※	
適用なし・適用あり(非該当)		適用なし・適用あり	承認する・承認しない・利用料のみ	