

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認

介護保険被保険者証に記載の被保険者番号をご記入ください。

フリガナ	タカツキ タロウ		保険者番号	2 7 2 0 7 0											
被保険者氏名	高槻 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
生年月日	明治・大正・昭和	3年 11月 3日生	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4
住所	〒 569-0000 高槻市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 072(〇〇〇)〇		マイナンバーをご記入ください。												
利用者負担額軽減申請理由 (該当の項目に〇印をしてください)	<input checked="" type="radio"/> 1. 世帯員全員が市民税非課税であり、生計が困難である <input type="radio"/> 2. 生活保護受給者である <input type="radio"/> 3. その他 ()														

被保険者以外の世帯員	氏名	高槻 花子	生年月日	明・大・昭和	平	4年 1月 3日
				明・大・昭・平	年 月 日	
				明・大・昭・平	年 月 日	

被保険者本人以外に同じ世帯に世帯員がいる場合
ご記入ください。

(宛先) 高槻市長
前記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減申請書の提出は、私の収入・被扶養状況等の申告は、申告のとおりであり、なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合取得することに同意します。
また、申請者や世帯の所得状況など社会福祉法人等に速やかに届け出ます。
令和 年 月 日

申請者(被保険者本人)氏名 高槻 太郎

被保険者本人がご自身で署名してください。
被保険者本人による署名等が難しい場合は、被保険者本人の意思を確認した上で、代理人(家族・成年後見人等)が署名することが可能です。
家族による署名の場合、下の代理人欄の記入が必要です。
成年後見人・保佐人等による署名の場合、登記事項証明書の写しが必要です。
申請書に添付してご提出をお願いいたします。

(以下は、被保険者本人以外が代理で申請する場合に記載)
私本人は、下記の者に対し、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関する一切の権限を委任します。

代理人住所(被保険者と同じ場合『同上』で可)
同上

電話番号 072(〇〇〇)〇〇〇〇

代理人氏名 高槻 花子
被保険者本人との関係 妻

※ 確認証の適用は、申請受付日の属する月の初日からとなります。
高槻市記入欄 (※以下は記入しないでください。)

軽減対象	審査		
	[世帯の人数] 人	[収入額] 要件の金額 円以下 実際の収入 円	[預り金] 要件 実際
	[被扶養状況] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[保険料滞納]	[資産の状況] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	[高額介護サービス利用者段階] <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階	<input type="checkbox"/> 平成25年8月1日または平成26年4月基準の改正に伴い生活保護が廃止が0円だった者	
II	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		
[備考]			

※裏面に続きます※

被保険者本人以外に同じ世帯に世帯員がいる場合裏面の同意書に世帯員の署名をお願いします。
署名はそれぞれご自身でお願いします。

同意者の署名欄が不足する場合は、欄外に記載してください。

(宛先) 高槻市長

令和〇〇年 〇〇月〇〇日

同意書

下記の者は、高槻市が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関する事務手続きを処理するために限って、収入の状況及び地方税関係情報について取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	妻
	フリガナ	タカツキ ハナコ
	氏名	高槻 花子
	生年月日	明・大・昭・平 4年 1月 3日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者 (被保険者本人) と同じ住所の場合は、こちらにチェックをお願いします。この場合、住所の記入は省略していただいて結構です。	平 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

被保険者本人以外に、同じ世帯に世帯員がいる場合同意書に世帯員の署名をお願いします。署名はそれぞれご自身でお願いします。