**社会福祉法人利用者負担額軽減対象確認調査票**

**下記と裏面にあなたの世帯の収入・預貯金・生活状況・扶養状況・資産を必ず記入してください。**

【収入・預貯金】　あなたを含め世帯全員の収入・預貯金等について記入してください。

* この欄に記入していただく収入は全て**前年１～１２月分の収入**です。（１～６月中の申請については、前々年１～１２月分の収入となります。）　必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。
* 「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。
* 年金の場合には、証書ごとにご記入ください。（例：老齢基礎年金○○円、遺族基礎年金○○円　等）
* **預貯金等の額については、残高のわかる書類を提出してください。（預金通帳・有価証券の写し等）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者との続柄 | 氏　　名 | 収入の有　無 | 収入の種類 | 収入額  （年間の金額） | 預貯金等の有無 | 預貯金等の額 |
| 本人 |  | 有・無 |  | 円 | 有・無 | 円 |
|  |  |  |  | 円 | 有・無 | 円 |
|  |  |  |  | 円 | 有・無 | 円 |
|  |  |  |  | 円 | 有・無 | 円 |
| 合　　　　　　　　　計 | | | | 円 | 合　計 | 円 |

【扶養状況】該当するものに○をつけてください。

扶養とは、あなたを医療保険や税金面で扶養にとっている場合や住民税課税世帯の方が、仕送り・援助等をしている場合をいいます。仕送り・援助等とは、金銭的な援助や食事や住宅の提供等の現物的な援助をいいます。

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険（医療保険）の種類は何ですか。 | 1.後期高齢者医療　2.国保　3.社保被扶養者　4.社保本人  社保被扶養者の方⇒誰の扶養ですか（氏名　　　　　　　　　　続柄　　　） |
| 税申告において、あなたを扶養にとっている親族はいませんか。 | １．いる　　２．いない  いる方⇒誰の扶養ですか（氏名　　　　　　　　　　続柄　　　） |
| 住民票は別世帯であっても、同じ家に住んでいる親族はいませんか。 | １．いる　　２．いない  いる方⇒誰の扶養ですか（氏名　　　　　　　　　　続柄　　　） |
| 住民票が別世帯の親族から仕送りを受けていませんか。 | １．いる　　２．いない  いる方⇒誰の扶養ですか（氏名　　　　　　　　　　続柄　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【保険者記入欄】   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 住民税 | 課税・非課税 | 世帯内被保険者数 | 人 | 要介護度 |  | 居宅　・　施設 | | 老齢福祉年金受給 | 有　・　無 | 基準額 | 円 | 年間利用料 | | 円 | | 減額認定 | 旧措置　・　訪問介護 | 世帯総収入 | 円 | 収入との比較 | | 収入以内・収入超過 | | 扶養の有無 | 有　・　無 | 収入判定 | 基準額以下　・　超過 | 認定年月日 | | 年　　月　　日 | | 資産の保有 | 有（　　　　）・無 | 世帯預貯金額合計 | 円 | 適用年月日 | | 年　　月　　日 | | 保険料滞納 | 有　・　無 | 預貯金判定 | 基準額以下　・　超過 | 有効期限 | | 年　　月　　日 | |

【生活・状況】

|  |
| --- |
| 介護サービスを利用されるときの費用（１割の利用者負担額・食費・居住費等）は１ヶ月どのくらいかかりますか。  ※介護サービスを利用されていない方は記入不要です。  ※１ヶ月の費用合計額がわからない場合は、申請時に利用料の領収書を持ってきてください。 |
| 1ヶ月の費用合計額（約　　　　　　　　　　　　　円） |
| あなたの生活費や介護サービスにかかる利用者負担をあなたの収入（申請書に記入されている収入）で賄えない場合はどのようにまかなわれていますか。  該当するものに○をつけてください。 |
| 1. 預貯金等の蓄えで行っている 2. 仕送り・援助等で行っている 3. その他（詳しく記入してください）   　　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| ２の仕送り・援助等で賄っているに○をつけられた場合、仕送り・援助等をしている方について記入してください。 |
| 【氏名・あなたとの続柄】  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【住所・電話番号】  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【仕送り・援助等の内容】  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【仕送り等をしておられる方は住民税課税世帯ですか】   1. はい 2. いいえ　⇒　仕送り・援助者が直近の１月1日現在（申請日が１月から６月の場合は前年の１   　　　　　　　　　　　　　月１日現在）、八代市以外に居住している場合は、住民税が非課税であることの証明が必要です。（非課税証明書等） |

【資産】あなたを含め世帯全員の所有の資産について記入してください。

　　・居住用以外の土地・家屋を所有する場合には、「所在地または内容」欄に「○○市○○町（駐車場）」等とご記入ください。また、処分できない理由を記入してください。

　　・処分可能な動産（事業用等の資産等）がある場合には、その内容と処分できない理由を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　　別 | | 所　有 | 所有者氏名 | 所在地または内容 | 処分できない理由 |
| 土地 | 居住用 | 有　・　無 |  |  |  |
| その他 | 有　・　無 |  |  |  |
| 家屋 | 居住用 | 有　・　無 |  |  |  |
| その他 | 有　・　無 |  |  |  |
| 処分可能な財産 | | 有　・　無 |  |  |  |