

社会福祉法人利用者負担額軽減対象者確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担額軽減制度)

年 月 日

(窓口に来られた方) 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 (_____) _____
被保険者との関係 _____

(宛先) 旭 川 市 長

社会福祉法人による利用者負担額軽減制度事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。なお、申請の内容については事実と相違ありません。

(太枠内を記入してください)

被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フリガナ				
被保険者(申請者)氏名				
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日
住 所	〒 _____ 電話番号(_____) _____			
利 用 サ ー ビ ス	1 特別養護老人ホームにおける施設サービス (旧措置入所者の負担減額・免除の該当 該当(5%以下・5%以上)・非該当) 上記で「該当」の場合はユニット型個室の利用 有り・なし 2 居宅サービス (訪問介護利用者の経過措置(障害者)の該当 該当・非該当)			
介護保険利用者負担段階	利用者負担第 _____ 段階			
利 用 者 負 担 額 軽 減 申 請 理 由 (※)	1 生計が困難である 2 生活保護・支援給付受給者である 3 その他 (_____)			
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世 帯 主			
	世 帯 員			

※軽減対象者の要件については裏面を参照してください。

◎旭川市記入欄

交付年月日	確 認 内 容			
年 月 日	<input type="checkbox"/> 1/4軽減	<input type="checkbox"/> 1/2軽減	<input type="checkbox"/> 全額軽減	<input type="checkbox"/> 非該当
適用年月日	非該当理由	1 収入額超過	6 その他	
年 月 日		2 預貯金額超過	(_____)	
から		3 居住用財産以外の資産を保有		
有効期限		4 親族等に扶養されている		
年 月 日	5 介護保険料に滞納がある			
まで	備考	(収入/基準: _____ / _____, 預金/基準: _____ / _____)		

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業実施要綱（抜粋）

（軽減対象者）

第2条 前条第2項に規定する軽減対象者は、旭川市（以下「市」という。）が認定した要介護認定者等又は事業対象者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 市民税非課税世帯に属している特に生計が困難である者
- (2) 生活保護受給者
- (3) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者

2 前項第1号に規定する特に生計が困難である者とは、次の各号の全てに該当する者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として市長が認めた者とする。

- (1) 世帯の年間収入額が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- (2) 世帯の預貯金等の額が、単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- (3) 居住に供する資産及びその他日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産がないこと。
- (4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- (5) 申請時において介護保険料に滞納がないこと。

3 前2項の規定にかかわらず、介護保険施行法（平成9年法律第124号）第13条第1項に定める旧措置入所者（以下「旧措置入所者」という。）で利用者負担割合が5%以下の者については、軽減の対象としない。ただし、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については、この限りでない。