社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度）

記入例

ふりがな	かいご　たろう	保険者番号				3	5	2	0	3	9
被保険者氏名	介護　太郎	被保険者番号	0	1	0	0	0	0	×	×	×	×
生年月日	明・大・(昭)　5 年　5 月　5 日生										
住所	〒 753－8650 山口市亀山町2番1号　　電話番号 083-934-2795										
利用者負担軽減申請理由 (該当の番号を○で囲んでください)	(1) 低所得で生計が困難なため　　2 生活保護受給中のため ※以下の収入等申告欄にご記入ください　　※以下の収入等申告欄の記入は不要です										

私（被保険者）及び世帯構成員の令和 6 年1月1日から12月31日までの収入等について次のとおり申告します。

該当ない収入欄は「0」を記入してください

収入等申告欄		被保険者	世帯員氏名 ※1 介護　一郎	世帯員氏名 ※1	市確認欄
収入有無		■有　□無	■有　□無	□有　□無	
年金収入	課税年金	325,420			
	遺族年金・障害年金	72,340			
	恩給・その他年金	557,600			
給与収入		0	150,000		
利子・配当収入		0	0		
その他収入	仕送り	120,000			
	相続・贈与	0			
	その他（入院給付金）	50,000			
収入合計		1,125,360	738,419		
預貯金額 ※2		1,545,361	561,453		
居住の用に供する家屋等日常生活のために必要な資産以外に活用し得る資産※3		有・(無)	有・(無)		
負担能力のある親族等に扶養されている（税法上及び医療保険の扶養親族）※4		有・(無)			

◇恩給受給者は「年金恩給等支払通知書」（年度は問わない）のコピーが必要です。（手元にない場合は、令和6年1月1日から12月31日までの通帳のコピーが必要）
◇年金生活者支援給付金は「その他年金」欄に記載します。

弔慰金、特別弔慰金、公的機関からの還付金（高額療養費、税金の還付等）は、収入には含めませんので記載は不要です。

預貯金通帳、有価証券、債権等の合計金額を記載します。本人、世帯員全員のコピーが必要です。

居住用の土地、家屋等以外に活用できる不動産等をもっているかどうかを選択します。

市民税の扶養控除にされている、もしくは健康保険の被扶養者となっているかどうかを選択します。

山口市長　宛

上記のと　　す。申請にあたり、上記の申告内容について相　　づいて行われる社会福祉法人等による利用者負担の軽減を取り消されても、異議を申し立てません。
また、市が社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私（被保険者）の世帯及び親族等の課税、扶養状況を調査することに同意します。

令和 7 年 △ 月 ○ 日

申請者（被保険者若しくは成年後見人の住所・氏名をご記入ください）

住所　山口市亀山町２番１号

氏名　介護　太郎　　介護　（※）

氏名の署名もしくは、自筆ではない場合は記名・押印してください。

【※注意事項】①本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
②成年後見人による記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)又は家庭裁判所の審判書(写)及び確定証明書(写)の添付が必要です。

↓※提出者が申請者の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名	山口　花子	被保険者との関係	子
提出者住所	山口市小郡下郷６０９－５　　電話番号 090-1234-××××		

日中連絡がつく番号を記入してください。
成年後見人による申請の場合も電話番号の記載はお願いします。

※1 世帯員の氏名を記入してください。　※2預貯
※3 対象資産は、預貯金等以外のもので、収入を補
※4 扶養とは、市町村民税の控除対象者や医療保

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度）

記入例

ふりがな	かいご　たろう	保険者番号				3	5	2	0	3	9
被保険者氏名	介護　太郎	被保険者番号	0	1	0	0	0	0	×	×	×	×
生年月日	明・大・(昭)　5 年　5 月　5 日生										
住所	〒 753－8650 山口市亀山町2番1号　　電話番号 083-934-2795										
利用者負担軽減申請理由 (該当の番号を〇で囲んでください)	1　低所得で生計が困難なため ※以下の収入等申告欄にご記入ください								(2) 生活保護受給中のため ※以下の収入等申告欄の記入は不要です		

私（被保険者）及び世帯構成員の令和 6 年1月1日から12月31日までの収入等について次のとおり申告します。

収入等申告欄	種類	被保険者	世帯員氏名 ※1	世帯員氏名 ※1	市確認欄
	記入不要				

山口市長　宛

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。申請にあたり、上記の申告内容について相違ありません。相違があった場合には、この申告書の内容に基づいて行われる社会福祉法人等による利用者負担の軽減を取り消されても、異議を申し立てません。

また、市が社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私（被保険者）の世帯及び親族等の課税、扶養状況を調査することに同意します。

令和 7 年 △ 月 〇 日

申請者（被保険者若しくは成年後見人の住所・氏名をご記入ください）

住所　山口市亀山町２番１号

氏名　介護　太郎　（介護）（※）

氏名の署名もしくは、自筆ではない場合は記名・押印してください。

【※注意事項】①本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

②成年後見人による記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)又は家庭裁判所の審判書(写)及び確定証明書(写)の添付が必要です。

↓※提出者が申請者の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名	山口　花子	被保険者との関係	子
提出者住所	山口市小郡下郷６０９－５　　電話番号 090-1234-××××		

日中連絡がつく番号を記入してください。
成年後見人による申請の場合も電話番号の記載はお願いします。

※1 世帯員の氏名を記入してください。　※2預貯
※3 対象資産は、預貯金等以外のもので、収入を補
※4 扶養とは、市町村民税の控除対象者や医療保