

記入例

代理申請者名等をご記入ください。
 ※後見人の場合は、後見人氏名の横に押印をしてください。
 ※本人申請の場合は記入不要です。

昼間連絡の取れる電話番号をご記入ください。

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利用者負担額の軽減制度)

代理申請者が家族以外の場合は記入をしてください。

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状 被保険者本人氏名 (本人自署の場合は押印不要)
	住所: 甲府市丸の内1丁目18番1号	
	電話番号: 055(237)1161 090(111)2222	
	氏名: 介護 一男 (本人との関係: 長男)	

私は、左記の者にこの申請を委任します。
(家族の場合記載不要)

被保険者本人氏名

(本人自署の場合は押印不要)

被保険者本人についてご記入ください。

フリガナ	カゴ 一男	保険者番号	
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6
生年月日	5 年 6 月 2 日	個人番号	
住所	〒 400-8585 甲府市丸の内1丁目18番1号		
軽減申請事由	① 市民税世帯非課税であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため ② 軽減対象者に該当すると思われ、かつ高齢福祉年金受給者であるため		

個人番号(マイナンバー)の記入が難しい場合等には、記入せず空欄のまま申請いただいても構いません。

世帯全員(本人含む)についてご記入ください。

名	個人番号	生年月日	生計中心者に○をつけてください
配偶者(別世帯を含む) 介護 花子		s 8 年 9 月 3 0 日	
世帯主 介護 太郎		s 5 年 6 月 2 日	○
世帯員 介護 春子		s 3 3 年 7 月 1 1 日	
		年 月 日	

<書類はおそろいでしょうか。もう一度ご確認ください。>

- 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書・裏面の同意書
- 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認収入状況等申告書
- 令和6年1月~12月の世帯全員の収入のわかる書類(源泉徴収票、申告書、年金が振り込まれた預貯金通帳等)
- 世帯全員の預貯金通帳、証券、出資証書、定期積金証書等のコピー
(生活保護受給者は不要)
- ・(令和6年1月1日から申請日直近まで記帳があるもの。金融機関名・支店名・口座番号等・定期預金額がわかるページ(記載の有無を問わず)のコピーも必要です。集約して記帳されているものは、その間の履歴も別途必要になります。なお配偶者は、世帯が別でも必要になります。)

- 後見人等が申請する場合は登記事項証明書(6ヵ月以内に交付)または審判書のコピー

同意書

(あて先)

甲府市長

介護保険社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等の決定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、私の配偶者（内縁関係の者を含む）及び私の属する世帯全員及び扶養義務者（以下「私等」という。）

の課税状況、固定資産の状況及び保有することに同意します。

記入年月日を記入してください。

令和7年 6月 15日

〈本人〉

住所 甲府市丸の内1丁目18番1号

氏名 介護 太郎

〈配偶者〉

住所 甲府市丸の内1丁目18番1号

氏名 介護 花子

〈世帯員及び扶養義務者〉

住所 甲府市丸の内1丁目18番1号

氏名 介護 春子

続柄 長女

住所

氏名

続柄

住所

氏名

続柄

被保険者本人の住所・氏名を記入してください。また、配偶者（別世帯を含む）や同居の家族及び扶養義務者がいる場合は、全員署名してください（児童・学生等は除いてください）。また修正する場合は二重線で修正のうえ訂正印を押してください。
※代筆可能ですがご記入いただく前に本人に意思確認を行ってください。

※代理申請者が後見人の場合は、空欄に後見人の住所・氏名のご記入と押印をしてください。