

様式第 1 （第 5 条関係）

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の軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号													
		生 年 月 日													
住 所	電 話 番 号														
備 考															
岩倉市長 様 前のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名															

		氏 名	生 年 月 日	受給者との 関係	生計中心者に○を つけてください。
世帯 構成	世 帯 主				
	世 帯 員				

市町村記入欄

交付年月日	年 月 日
適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで
備 考	（生計中心者の所得状況等を把握）

収 入 等 申 告 書

年 月 日

岩倉市長

殿

住所
氏名

私の 年中の収入等について下記のとおり申告します。

1 収入

	種 類	金 額（年 額）	単 位：円
収 入 A	恩給・年金等収入 （ 年金） （ 年金）		
	財産収入		
	利子・配当収入		
	その他収入		
	計		
必 要 経 費 B	種 類	金 額（年 額）	単 位：円
	租税		
	社会保険料		
	その他		
	計		
差引額（A－B）			

2 預貯金額の状況

3 資産の状況

日常生活に供する資産以外に活用できる資産（土地・建物）の有無・・・（有・無）

4 扶養の状況

配偶者・子などの被扶養者になつていますか（なつている・なつていない）

医療保険の種類・・・（ 国民健康保険・社会保険・その他）

5 介護保険料の状況（滞納等）

保険料の滞納の有無・・・（有・無）

※ 収入等を証明する書類を添付してください。

様

愛知県岩倉市長

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

年 月 日に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	(承認内容) 適用年月日 有効期限 確認番号		
2 承認しない			

(お問合せ先)

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、岩倉市を被告として(訴訟において岩倉市を代表する者は岩倉市長となります。)提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第 4 （第 6 条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)	
交付年月日	
確認番号	
受給者	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日
介護保険被保険者番号 (被保険者のみ記載)	
適用年月日	
有効期限	
減額割合	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

○ 証の大きさ
縦 128ミリ
横 91ミリ

注意事項

一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提示してください。

二 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。

三 この確認証は、愛知県及び岩倉市に軽減を行うことを申し出た事業者のみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、表面に記載した費用の本人負担分（日常生活に要する費用については、食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、記載の減額割合により軽減されます。

五 被保険者の資格がなくなったり、減額措置の要件に該当しなくなったり、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を岩倉市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内にこの証を添えて、岩倉市にその旨を届け出てください。

七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

○ 証の大きさ
縦 128ミリ
横 91ミリ