

<社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の更新手続きについて>

現在お持ちの「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度。白色の証）の有効期間が、令和5年7月31日をもって満了となります。

つきましては、令和5年8月以降も確認証が必要な場合は、更新の手続きを行ってください。

1 提出書類

- ① 「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書」
- ② 「収入・資産等申告書」（令和4年1月～令和4年12月分）
- ③ 世帯全員分の収入・資産がわかるもの

負担限度額認定申請に必要な期間と異なりますのでご注意ください。

- ・ 世帯全員分の預貯金の通帳（普通・定期）の写しなど

※令和4年1月1日～申請日の取引の記載があること（写しをとる前に記帳してください）

※裏面「通帳の写しのとり方」をご確認下さい

- ・ 有価証券・投資信託などをお持ちの場合は、証券会社や銀行等の口座残高のわかるもの

2 提出先

最寄りの区役所の長寿保険課 介護保険グループ **※郵送での提出にご協力ください。**

郵送先については、「減免・減額 更新のお知らせ」の問い合わせ先をご参照ください。

3 提出期限

令和5年7月31日（月）

【軽減対象者の要件】以下の全てを満たす方が対象です。

- ① 市町村民税世帯非課税である者
- ② 年間収入が単身世帯で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。
- ③ 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。
- ④ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑥ 介護保険料を滞納していないこと。

対象サービス (介護予防・総合事業を含む)	軽減対象部分	軽減率
訪問介護、夜間対応型訪問介護、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	・ 利用者負担額 (1割負担額)	25 / 100 (50 / 100)
通所介護、地域密着型通所介護、 認知症対応型通所介護	・ 利用者負担額 (1割負担額) ・ 食費	25 / 100 (50 / 100)
短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、 複合型サービス	・ 利用者負担額 (1割負担額) ・ 食費 ・ 滞在費	25 / 100 (50 / 100)
介護老人福祉施設 (特養) 地域密着型介護老人福祉施設	・ 利用者負担額 (1割負担額) ・ 食費 ・ 居住費	25 / 100 (50 / 100)

★ 総合事業は介護予防訪問サービス、介護予防通所サービス（いわゆる従来相当）に限る。

★ () 内の軽減率は、高齢福祉年金受給者対象。

★ 短期入所生活介護、介護老人福祉施設および地域密着型介護老人福祉施設の食費、居住費（滞在費）の軽減については、負担限度額認定を受けている方に限る。

介護保険課 総務・給付グループ

通帳の写しのとり方

通帳は以下のように、口座情報、取引状況、口座残高が確認出来る箇所の写しをお持ちください



要注意じゃ!!

※写しをとる前に、必ず記帳をしてください。

㊦表面

※ゆうちょ銀行の場合は口座番号の記載が表紙に無いので、表紙と2ページ目の写しを提出してください。

店番 999 口座番号 1234567 浜松 太郎 様
〇〇銀行

㊦記帳されているページ

普通貯金			
年月日	お支払金額	お預り金額	残高
03-12-24	30,000	カード	300,000
04-01-11	10,000	カード	290,000
04-01-24	20,000	カード	270,000
04-02-15	年金	78,000	348,000
⋮	⋮	⋮	⋮
04-12-23	20,000	カード	400,000
05-01-13	30,000	カード	370,000
05-02-15	年金	78,000	448,000

令和4年1月1日～
申請日の記載があること

㊦定期預金のページ

(※総合口座の場合は定期預金がない方も、ないことの確認をするため、空欄のページの写しの提出をお願いいたします。)

定期預金			
年月日	金額	満期日	利率
		残高	
ご継続 04-04-01	スーパー定期 ¥1,000,000	05-04-01	0.025%
			¥1,000,000
ご解約 05-04-01	¥-1,000,000		¥0

個人情報は、「浜松市個人情報保護条例※」に基づき取扱います。また、今回提供していただいた個人情報を、他の目的で使用することはございません。

※条例の閲覧につきましては、各区の情報コーナー、協働センター、図書館へ例規集を配布するとともに、市のホームページ（浜松市の条例・規則）にて公開しております。

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）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

浜松市社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付要綱第5条の規定により、
 次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確認を申請します。

太枠の中を記入してください。

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏名		電話番号	
	住所		被保険者か らみた関係	

		区 分	
		新規・更新	
被 保 険 者 氏 名		確 認 番 号	
フリガナ			
		被 保 険 者 番 号	
		住 所 〒 電話番号 () ー	
↓ 特別養護老人ホーム（地域密着型含む）入所者のみ記入			
入所施設名		入所年月日	年 月 日

浜松市 記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			
適用年月日	1 生活保護受給	有 ・ 無	6 活用可能資産	有 ・ 無
年 月 日	2 老福年金受給	有 ・ 無	7 被扶養状況	有 ・ 無
から	3 世帯課税状況	課 税 ・ 非課税	8 保険料滞納	有 ・ 無
	4 世帯収入金額	円	9 負担限度額認定	有 ・ 無
	5 世帯預貯金額	円		
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日				在宅 25・50 施設 25・50 非該当 生保
まで				利用者負担額のみ該当（短期入所・施設）

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)

令和5年 6月 15日

(あて先) 浜松市長

浜松市社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付要綱第5条の規定により、
次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確認を申請します。

太枠の中を記入してください。

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏名	浜松 花子	電話番号	457-2862
	住所	浜松市中区鴨江●●-●	被保険者から みた関係	子

白色の証に記載された番号を記入

区 分
新規 <input type="radio"/> 更新 <input checked="" type="radio"/>

被保険者氏名	確認番号
フリガナ ハマツ タロウ	0 0 1 2 3 4 5
浜松 太郎	被保険者番号
	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8

住所	〒430-8652 電話番号(053) 457-2321 浜松市中区元城町●●-●
----	--

↓特別養護老人ホーム（地域密着型含む）入所者のみ記入

入所施設名	天竜川特別養護老人ホーム	入所年月日	令和2年 8月 1日
-------	--------------	-------	------------

浜松市 記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			
適用年月日	1 生活保護受給	有 ・ 無	6 活用可能資産	有 ・ 無
	2 老福年金受給	有 ・ 無	7 被扶養状況	有 ・ 無
年 月 日 から	3 世帯課税状況	課 税 ・ 非課税	8 保険料滞納	有 ・ 無
	4 世帯収入金額	円	9 負担限度額認定	有 ・ 無
	5 世帯預貯金額	円		
有効期限	受付	入力	確認	備 考
年 月 日 まで				在宅 25・50 施設 25・50 非該当 生保 利用者負担額のみ該当 (短期入所・施設)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請用

年 月 日

（あて先）浜松市長

住所
被保険者
氏名
(署名又は記名押印をしてください。)

収入・資産等申告書（令和4年1月～令和4年12月）

私の世帯の収入・資産等について、下記のとおり申告します。
また、審査にあたって必要な場合、下記の内容に関する課税状況及び生活保護受給状況等について調査を行うことに同意します。

記

※ 申告書の作成前に、裏面下部の注意事項を確認してください。

1 収入

※世帯全員分の収入がわかるもの（世帯全員分の預貯金の通帳の写しなど）を添付してください。
※預貯金の通帳の写しについて

- ・写しをとる前に記帳してください。
- ・令和4年1月1日～申請日の取引の記載がされていること。
- ・定期預金のページについて、定期預金がない方も空欄のページの写しを提出してください。
- ・通帳の表面のページの写しを提出してください。

① 年金、恩給等の収入

受給者の氏名	被保険者との関係	年金、恩給等の種類	年間受給額
			円
			円
			円
合 計(①)			円

② 給与・営業・不動産等の収入

収入のある世帯員の氏名	被保険者との関係	収入の種類 (給与・営業・不動産等)	勤務先等	年間収入額
				円
				円
合 計(②)				円

③ 仕送り等の収入

支給者の氏名等	被保険者との関係	収入の種類	年間収入額
			円
			円
合 計(③)			円

※ ①、②、③ の 総合計 円

2 資産

※ 預貯金がある場合は、世帯全員分の預貯金の通帳等、世帯全員分の資産がわかるものをお持ちください。郵送の場合は、世帯全員分の預貯金の通帳の、表紙と最終残高のページの写し等を送付してください。

① 預貯金など

(1) 預貯金・現金について、

- 持っている。 _____ 世帯の合計(1) 円
- 持っていない。

(2) 有価証券・債券等について、

- 持っている。 _____ 世帯の合計(2) 円
- 持っていない。

※ (1)、(2) の 総合計 _____ 円

② 不動産

(1) 居住用の土地、家屋等以外に、活用できる不動産（宅地、田畑、山林、建物等）について、

- 持っている。
- 持っていない。

3 被扶養状況

税法上の扶養控除対象者、又は被保険者となっている健康保険等の医療保険上の扶養家族に、

- なっている。
- なっていない。

4 生活保護受給状況

生活保護の受給者に、

- なっている。
- なっていない。

注 意 事 項

利用者負担の軽減の対象となるのは、次の6つの要件を全て満たしている方です。これらの要件に該当しなくなった場合には、軽減制度の対象外となります。

- ① 市町村民税世帯非課税であること。
- ② 年間収入が単身世帯で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。
- ③ 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。
- ④ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑥ 介護保険料を滞納していないこと。