

第2号様式（第9条関係）

第2号様式（第5条関係）

## 生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

○太枠内をご記入ください

		令和 年 月 日		
フリガナ		介護保険	000	
申請者氏名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号		
住所 (住民票住所)	〒 ー 世田谷区 丁目 番 号 電話番号 ( )			
送付先 (住民票以外の住所)	上記、申請者の住民票住所以外へ確認証（さくら証）の送付を希望する場合にご記入ください 〒 ー 氏 名 本人との関係 電話番号 ( )			
申請理由 (該当の番号に○)	1. 介護保険サービス利用料の負担により生計が困難である。 2. その他 ( )			
世田谷区長 へ 上記のとおり、生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。また、この負担軽減を受けるにあたり以下の点に同意します。 ・必要な範囲で、私の世帯の課税台帳・高齢福祉年金台帳および地方税関係情報を保健福祉に従事する区職員が閲覧すること。 ・私のサービス受給状況及び本申請の確認結果を、介護事業者に提示すること。				
世帯構成	世帯主	明・大 年 月 日 昭・平	続柄	個人番号
	世帯員	明・大 年 月 日 昭・平		署名（同意者）
		明・大 年 月 日 昭・平		
注）施設長が入所者本人に確認の上で本申請書を記入・提出される場合は必ずご記入ください。 施設長 _____				

### 【区記入欄】

收受印		決定内容		確認（承認）番号		決 裁 欄			
		1. 承認				課長	文書主任	係長	担当者
		2. 不承認理由		交付年月日					
				年 月 日		備 考			
				認定期間					
				年 月 日					
				年 月 日					
本人	番号	1点	2点	3点	代理権				
代理人	通力	免許	証(介・健・高齢・負担)	キャッシュ・クレカ・シルパス	証・更新通				
確認	番力	番力	更新通・社員証・年金手帳	通帳・診察券・図書力	登記・委任				

生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証（さくら証）調査票

<自己判定シート>

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

問	回 答															
	A	B														
あなたの世帯は住民税が非課税ですか？	はい	いいえ														
世帯の年間収入は、下表の金額以下ですか？	はい	いいえ														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>世帯の人数</th> <th>年間収入合計額（円）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1人</td> <td>1,500,000</td> </tr> <tr> <td>2人</td> <td>2,000,000</td> </tr> <tr> <td>3人</td> <td>2,500,000</td> </tr> <tr> <td>4人</td> <td>3,000,000</td> </tr> <tr> <td>5人</td> <td>3,500,000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">世帯人数が1人増えるごとに50万円加算</td> </tr> </tbody> </table>			世帯の人数	年間収入合計額（円）	1人	1,500,000	2人	2,000,000	3人	2,500,000	4人	3,000,000	5人	3,500,000	世帯人数が1人増えるごとに50万円加算	
世帯の人数			年間収入合計額（円）													
1人			1,500,000													
2人			2,000,000													
3人			2,500,000													
4人			3,000,000													
5人	3,500,000															
世帯人数が1人増えるごとに50万円加算																
世帯の預貯金等は、下記の金額以下ですか？	はい	いいえ														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>世帯の人数</th> <th>預貯金等額合計（円）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1人</td> <td>3,500,000</td> </tr> <tr> <td>2人</td> <td>4,500,000</td> </tr> <tr> <td>3人</td> <td>5,500,000</td> </tr> <tr> <td>4人</td> <td>6,500,000</td> </tr> <tr> <td>5人</td> <td>7,500,000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">世帯人数が1人増えるごとに100万円加算</td> </tr> </tbody> </table>			世帯の人数	預貯金等額合計（円）	1人	3,500,000	2人	4,500,000	3人	5,500,000	4人	6,500,000	5人	7,500,000	世帯人数が1人増えるごとに100万円加算	
世帯の人数			預貯金等額合計（円）													
1人			3,500,000													
2人			4,500,000													
3人			5,500,000													
4人	6,500,000															
5人	7,500,000															
世帯人数が1人増えるごとに100万円加算																
日常生活に供する資産以外に活用できる資産はありますか？	ない	ある														
介護保険料の滞納はありますか？	ない	ある														
あなたは、どなたかの扶養に入っていますか？ （負担能力のある方の「税金上の控除対象親族等」または「健康保険証の扶養家族」ですか）	いいえ	はい														

※ B欄に一つでもチェックがある場合は、確認証の交付対象になりません

第3号様式（第9条関係）

第3号様式（第5条関係）

## 収入及び預貯金等申告書

令和 年 月 日

世田谷区長 あて

氏 名

被保険者番号

令和5年中の世帯の収入及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。

1 世帯の収入(第5号様式「世帯収入状況申告書」のとおり)			
	氏 名	種 類	金 額
世帯員			円
収 入 計			円
2 世帯の預貯金等			
種 類		金 額	
		円	
預 貯 金 等 計		円	

- 1 年金等決定通知書や預金通帳の写し等収入及び預貯金等の状況が確認できる書類を裏面に添付すること。
- 2 預貯金等については、有価証券及び債券についても記入すること。

世帯収入状況申告書(世帯全員分を記入してください)

		氏名	ア	イ	ウ
区分	種類と証明書類		金額(円)	金額(円)	金額(円)
1. 年金収入 (有・無)	国民・厚生・共済 その他( )	通知書 振込通帳	年	年	年
2. 給与収入 (有・無)	年間収入	源泉徴収票	年	年	年
	月間収入 (源泉徴収票ないとき、直近3か月)	給与明細書	月	月	月
3. 事業収入 (有・無)	年間収入	確定申告書(控)	年	年	年
	年間収入 (確定申告書がないとき)	売上帳・仕入帳 経費帳(過去1年間)	年	年	年
4. その他収入 (有・無)	不動産収入	確定申告書等	年	年	年
	その他( )				
5. 福祉手当 社会給付 (有・無)	心身障害者福祉手当 その他( )	通知書 振込通帳	年	年	年
6. 仕送り収入 (有・無)	仕送り者(続柄 ) (氏名 )	振込通帳	年	年	年
7. 必要経費	所得税	確定申告書 源泉徴収票 給与明細書 通知書 領収書	年	年	年
	住民税				
	社会保険料(医療)				
	社会保険料(年金)				
	社会保険料(介護)				
	社会保険料(雇用)				
	固定資産税				
	その他( )※				

※必要経費の「その他」は、養護老人ホーム被措置者の階層区分認定基準に準じる。

収入金額計A			
必要経費計B			
C=A-B			

第4号様式（第9条関係）

第4号様式（第5条関係）

## 資産及び扶養の有無に関する申告書

令和 年 月 日

世田谷区長 あて

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 000 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日現在において

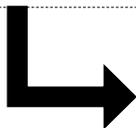
下記の事項について相違ないことを申告します。

### 記

- 1 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がありません。
- 2 負担能力のある親族等に扶養されていません。（チェックして下さい）  
 令和 5 年分の住民税扶養控除対象者となっていない。  
 申請日時点で健康保険被扶養者となっていない。

- 令和 5 年分の住民税扶養控除対象者となっているが、扶養者に負担能力が無く、生活が困窮している。

申請日時点で健康保険被扶養者となっているが、扶養者に負担能力が無く、生活が困窮している。



下2つの項目どちらかにチェックがある場合は、  
（別紙）申述書の記入が必要です。

(別紙)

生計困難者等に対する利用者負担額軽減に関する申述書

令和 年 月 日

世田谷区長あて

(利用者本人) \_\_\_\_\_は、\_\_\_\_\_の税被扶養者又は健康保険被扶養者となっているが、実質的に支援が充足しているとはいえません。個別の事情を勘案していただきたく、以下のとおり申述いたします。

申述内容

扶養者 \_\_\_\_\_は、被扶養者(利用者本人) \_\_\_\_\_を扶養していますが、扶養負担能力は低く、十分な生活支援をする事は困難な状況にあります。

個別の事情

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

なお、この申述に相違があった場合は、利用者負担額軽減助成の中断や、利用者負担額軽減の返還を求められたとしても了承いたします。

扶養者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日