

第2号様式（第9条関係）

第2号様式（第5条関係）

記入例

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 6 年 6 月 1日

フリガナ	セタガヤ タロウ		介護保険	000XXXXXXX	
申請者氏名	世田谷 太郎		被保険者番号		
生年月日	明・大昭24年 1 月 1 日		個人番号	XXXX XXXX XXXX	
住所 (住民票住所)	〒154-8504 世田谷区 世田谷 4 丁目 21 番 27 号 電話番号 03 (5432)1111				
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 〒154-8504 世田谷区世田谷 4 丁目 22 番 33 号 氏 名 世田谷 二郎 本人との関係 長男 電話番号 090 (1234)5678				
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 あて 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 あたり以下の点に同意します。 世帯の課税台帳・高齢福祉 ること。 況及び本申請の確認結果を					
世帯構成は住民票上の 世帯員全員の情報を ご記入ください。		氏 名	生 年 月 日	世帯主	個人番号
世帯構成	世帯主	世田谷 太郎	明・大昭24年 1 月 1 日	本人	XXXX XXXX XXXX
					世田谷 太郎
	世帯員	世田谷 花子	明・大昭26年 2 月 15 日	妻	XXXX XXXX XXXX
					世田谷 花子
		明・大 年 月 日			
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					

個人番号により、税情報等を
確認することへの同意欄に
なります。

【区長欄】

収受印	決	施設にご入所中の方で、施設の方が代理で 記入・提出される場合には、必ずご記入ください。				担当者
	1.	理由	年 月 日	備 考		
	2.		認定期間			
	年 月 日					
決定年月日		年 月 日				
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

記入例

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 000XXXXXXX 氏名 世田谷 太郎

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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">世帯の人数</th><th>年間収入合計額（円）</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1 人</td><td style="text-align: center;">1,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2 人</td><td style="text-align: center;">2,000,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3 人</td><td style="text-align: center;">2,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4 人</td><td style="text-align: center;">3,000,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5 人</td><td style="text-align: center;">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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">世帯の人数</th><th>預貯金等額合計（円）</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1 人</td><td style="text-align: center;">3,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2 人</td><td style="text-align: center;">4,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3 人</td><td style="text-align: center;">5,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4 人</td><td style="text-align: center;">6,500,000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5 人</td><td style="text-align: center;">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														

さくら証の各要件について、最初に、ご自分で確認していただくためのシートです。

申請後、通帳のコピー・源泉徴収票等ご提出いただいた資料をもとに、区職員が各要件の確認を行います。

※B欄に一つでもチェックが付いた方は、確認証の交付対象者になりません。

記入例

収入について

収入及び預貯金等申告書

令和5年1月～令和5年12月の1年分の収入が対象となります。

下記「1 世帯の収入」欄に世帯員ごとにご記入ください。

6 月 1 日

※収入には、年金、給与収入のほか、仕送りなど定期的に入るものを含みます。

令和5年1月～令和5年12月の通帳コピー、
令和5年1月～令和5年12月まで全ての月の
年金振込通知書、源泉徴収票など、収入額を確認できる
書類を添付してください。

氏 名 世田谷 太郎
被保険者番号 000XXXXXXX

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	世田谷 太郎	国民年金	800,000 円
		企業年金	500,000 円
		自動販売機収入	50,000 円
	世田谷 花子	国民年金	150,000 円
		仕送り	300,000 円
収 入 計			1,800,000 円
2	世帯の預貯金等		
	種 類	金 額	
	A 銀行 (普通預金) 世田谷 太郎	500,000 円	
	B 銀行 (定期預金) 世田谷 太郎	2,000,000 円	
	銀行 (総合口座) 世田谷 花子	1,500,000 円	
	預 貯 金 等 計	4,000,000 円	

預貯金等について

世帯員の方がお持ちの通帳は すべて ご記載ください。

※各通帳につき「銀行名」「支店」「口座番号」「名義」の分かるページ、「最終の残高」と「年金支給額」
が分かるページを添付ください。

※定期預金のページのコピーも忘れずに添付ください（定期預金をお持ちでない方も、お持ちでない事
の証明が必要です）。

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。

有価証券・債券についても確認できる書類を添付ください。※お持ちの方のみ

記入例

第5号様式(第5条関係)

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
		世田谷 太郎	世田谷 花子		
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(企業年金)	通知書 振込通帳	年 1,300,000	年 300,000	年
2. 給与収入 (有・無)	◎年間の金額(複数の年金を受給している方は合算した額)をご記入ください。 ※1 支給額(保険料、税等を差し引く前の額)をご記入ください。 ※2 証明書類が通帳のみで、振込額しか確認できない方は、 令和5年1月～令和5年12月の振込分の合算をご記入ください。 (下段の★印の部分へ続きます)				年 月
3. 事業収入 (有・無)	(確定申告書がないとき) 経費帳(過去1年間)				年 年
4. その他収入 (有・無)	不動産収入 その他(自動販売機収入)	確定申告書等 預金通帳	年 50,000	年 0	年
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	世帯員ごとに収入の額をご記入いただき、 添付いただいた証明書類に丸をつけてください。		
6. 仕送り収入 (有・無)	仕送り者(続柄 息子) (氏名 世田谷 次郎)	振込通帳	年 0	年 150,000	年
7. 必要経費	所得税	租税や介護保険料、健康保険料などは、必要経費として控除の対象となります。			
	住民税	確定申告書			
	社会保険料(医療)	源泉徴収票	特別徴収	特別徴収	
	社会保険料(年金)	給与明細書			
	社会保険料(介護)	通知書	特別徴収	特別徴収	
	社会保険料(雇用)	領収書			
	固定資産 その他()	★ ※1の場合は、必要経費欄に医療保険料、介護保険料等の額をご記入ください。 ※2の場合は、必要経費欄に「特別徴収」とご記入ください。 (※2の場合は、既に保険料が引かれた額であるため)			

※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。

収入集計A	1,350,000	450,000	
必要経費計B	0	0	
C=A-B	1,350,000	450,000	

記入例

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 6 年 6 月 1 日

世田谷区長 あて

氏名 世田谷 太郎

被保険者番号 000XXXXXXXX

令和 6 年 6 月 1 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。

該当する項目にチェックしてください
チェックは2箇所必要です

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。

記入例

(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 6 年 6 月 1 日

世田谷区長あて

(利用者本人) 世田谷 太郎 は、世田谷 一郎 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 世田谷 一郎 は、被扶養者（利用者本人）世田谷 太郎 を扶養しています。

個別の事情

税扶養、健康保険扶養に入れているものの、実際には本人の介護サービス費用を負担できない「個別の事情」をお書きください。

父・太郎の介護のために離職しており、介護のための費用が実質的に不足し、生活が困窮しているため、本申請を行います。

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 東京都〇〇市×××× 1-1-1

氏 名 世田谷 一郎

生年月日 昭和50年 8月 31日