

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者
所在地
名称及び代表者氏名

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施決定しますので申し出ます。

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------|-------|-----------------------|-------|
| 申 請 者 | フリガナ 名 称 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | （郵便番号 - ） | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | （ ） - | FAX 番号 | （ ） - |
| | 代表者の職 氏名 | 職 名 | | フリガナ 氏 名 | |
| | 代表者の住所 | （郵便番号 - ） | | | |
| | 軽減の適用時期 | 年 月分より適用 | | | |
| 軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況 | 事業所の名称 （介護保険事業者番号） | 所 在 地 | | 実施事業の種類 （離島等分は○囲み） | |
| | （ ） | | | | |
| | （ ） | | | | |
| | （ ） | | | | |
| | （ ） | | | | |

注1） 軽減の適用時期は、原則として申出月からとしますが、これによらない場合は申し出ください。

注2） 原則として、軽減対象とされているサービスを実施する全事業所・施設を申し出ください。

注3） 離島等地域に所在する訪問介護事業所で、特別地域加算に相当する利用者負担の軽減を実施される場合は、実施事業の種類欄に記載する訪問介護の事業名を○囲み願います。（例：訪問介護）

第2号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者
所在地
名称及び代表者氏名

社会福祉法人等による利用者負担軽減廃止届出書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日付で申し出た社会福祉法人等による利用者負担の軽減を
廃止するので届け出ます。

| | | | | | |
|--|-----------------------|----------------|-------|-----------------------|-------|
| 申 請 者 | フリガナ 名 称 | | | | |
| | 主たる事務所の 所在地 | （郵便番号 — ） | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | （ ） — | FAX 番号 | （ ） — |
| | 代表者の職 氏名 | 職 名 | | フリガナ 氏 名 | |
| | 代表者の住所 | （郵便番号 — ） | | | |
| | 軽減の廃止時期 | 年 月分から軽減を廃止する。 | | | |
| 軽 減 廃 止 予 定 事 業 所 の 状 況 | 事業所の名称 (介護保険事業者番号) | 所 在 地 | | 実施事業の種類 (離島等分は○囲み) | |
| | () | | | | |
| | () | | | | |
| | () | | | | |
| | () | | | | |

注1) 軽減の廃止時期は、原則として届出月の翌月からとしますが、これによらない場合はご記入ください。
注2) 原則として、軽減対象とされているサービスを実施する全事業所・施設を申し出てください。

第3号様式（第6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軽減制度）

（宛先）春日井市長

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認について申請します。

| | | | | | |
|-------|--|-------|---|---|---|
| 申請者氏名 | | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|--|-------|---|---|---|

| | | | | | |
|------------------|--------|------------------|---|--------|--------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | |
| | フリガナ | 生 年 月 日 | 歳 | 性 別 | 男 女 |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 電話番号 | | | |

| | |
|-------------|--|
| 利用サービス | |
| 利用者負担軽減申請理由 | |

| | | 氏名 | 生年月日 | 性別 |
|------------------|-----|----|------|----|
| 世 帯 構 成 | 世帯主 | | | |
| | 世帯員 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

備考 被保険者証を提示してください。

生活状況申告書も記入して提出してください。

第4号様式（第6条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認 **生活状況申告書**

年中（1月1日から12月31日まで）の状況

（宛先）春日井市長

| | | | |
|-------|--|-----|-------|
| 申告者氏名 | | 申告日 | 年 月 日 |
|-------|--|-----|-------|

私の世帯の収入等の状況は、下記のとおり相違ありません。

| | | | |
|-------------------------|------|------|------|
| 氏 名 | | | |
| 年金等による 収入 | 円 | 円 | 円 |
| | 種類 | 種類 | 種類 |
| 給 与 収 入 | 円 | 円 | 円 |
| | 内容 | 内容 | 内容 |
| 仕 送 り | 円 | 円 | 円 |
| | 仕送り者 | 仕送り者 | 仕送り者 |
| 預 貯 金 等 | 円 | 円 | 円 |
| | 内容 | 内容 | 内容 |
| そ の 他 （債権・有価 証券等） | 円 | 円 | 円 |
| | 内容 | 内容 | 内容 |
| 合 計 | 円 | 円 | 円 |

備考 1 収入・預貯金等に関する証明書等の取れるもの（勤務先の給与証明書、各種年金支払通知書等、預貯金通帳）は、この申告書に添付してください。

2 預貯金・有価証券等の金融資産は、申請時点の状況を記入してください。

※ 裏面の質問事項等も記載してください。

第 年 月 日 号

様

春日井市長

印

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

年 月 日付けにて申請のありました社会福祉法人等利用者負担軽減対象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。

| | | | |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
|--------|--|--------|--|

決定内容

| 決定年月日 | | | | |
|----------|-------|--|------|------|
| 1 承認 | 適用年月日 | | 有効期限 | |
| | 確認番号 | | 減額割合 | /100 |
| 2 不承認 | 理由 | | | |

第6号様式（第7条関係）

（表）

（裏）

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 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) | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 確認番号 | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 住所 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 性別 | | | | | | | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | 年 | 月 | 日 | から | | | | | | |
| 有効期限 | 年 | 月 | 日 | まで | | | | | | |
| 減額割合 | ／100 | | | | | | | | | |
| 発行機関名 及び印 | <table border="1" style="margin: auto;"><tr><td>2</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>6</td></tr></table> 春日井市長 | | | | 2 | 3 | 2 | 0 | 6 | 6 |
| 2 | 3 | 2 | 0 | 6 | 6 | | | | | |
| <small>愛知県春日井市鳥居松町5丁目44番地 電話番号(0568)81-5111(代表)</small> | | | | | | | | | | |

注意事項

第7号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

印

社会福祉法人等利用者負担軽減資格喪失通知書

社会福祉法人等利用者負担額軽減について、次のとおり喪失しましたので通知します。

1 対象者

住所

氏名

2 資格喪失年月日

年 月 日

3 資格喪失理由