

記入例

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（令和8年度新規申請用）

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名	フジノミヤ タロウ 富士宮 太郎	被 保 険 者 番 号	確認番号
		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
生 年 月 日	M T (S) 2 年 3 月 4 日	性 別	男
住 所	富士宮市弓沢町150		
利用サービス （または利用予定）	1 特別養護老人ホーム (2) 訪問介護 (3) 通所介護 (4) 短期入所生活介護 （利用施設名 ○○ホーム、△△△園）		
軽減申請理由	(1) 特に生計が困難なため 2 その他（ ）		

（あて先） 富士宮市長

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置への申請をします。

令和8年8月7日

申請者

住所 富士宮市弓沢町150

氏名 富士宮 太郎

介護保険を利用している本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。

電話（0544）22 - 1141

（あて先） 富士宮市長

上記申請にあたり、下記の世帯員に係る課税台帳を市が閲覧することに同意します。

令和8年8月7日

	氏名	生年月日	続柄
世 帯 主	富士宮 太郎	S 2 . 3 . 4	
	富士宮 花子	S 7 . 8 . 9	妻
世 帯 員	お住まいの世帯全員の情報を記入してください。		

（あて先） 富士宮市長

私は、上記申請の結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所及び軽減対象のサービス事業者に対して情報提供することに同意します。

令和8年8月7日

本人氏名 富士宮 太郎

忘れずに記入してください。

富士宮市記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	負担限度額認定申請	有 ・ 無
適用年月日	令和 年 月 日	世帯の年間収入	人世帯 円
有効期間	令和 年 月 日	預貯金	人世帯 円
判定者		活用できる資産	有 ・ 無
		親族等の扶養	有 ・ 無
判定結果	該当 非該当	介護保険料の滞納	有 ・ 無

裏面もご覧ください。

記入例

収入及び預貯金等申告書（令和8年度新規申請用）

令和8年8月7日

（あて先）富士宮市長

令和7年中の世帯の収入及び現在の世帯の資産の保有状況について、下記のとおり申告します。

住所 富士宮市弓沢町150

申告者

氏名 富士宮 太郎

介護保険を利用している本人の氏名
を記入してください。

（連絡先電話番号 22-1141）

- 1 世帯の収入 ※遺族年金や障害年金など、税法上非課税収入であるものも記入すること。
または税法上申告を要しない収入も記入すること。

世帯員氏名	続柄	収入の有無	収入の種類	収入金額	備考
富士宮 太郎	世帯主	有	厚生年金	908,778	
富士宮 花子	妻	有	障害年金	595,998	
計				1,504,776	

⑨税法上非課税、申告不要な収入も全て記入
し明細のわかる証書を提示してください。

- 2 世帯の預貯金等 ※も記入すること。

世帯員氏名	種類	金額	備考
富士宮 太郎	富士宮農協	1,987,601	
富士宮 太郎	富士宮郵便局 定額貯金	1,112,908	
富士宮 花子	静岡銀行	577,803	
計		3,678,312	

⑩名義や明細のわかる証書を提示してください。

- 3 世帯の活用可能な資産の保有状況（該当するほうを○で囲む）

本人または親族が日常生活で使用している他に、財産価値のある資産を保有して

いません

います

- 4 親族等の扶養の状況（該当するほうを○で囲む）

負担能力のある親族等に扶養されて

いません

います

申請書の内容について、確認することがあったら、連絡先を書いてください。

住所

名前

市町村民税や医療保険の被扶養者となっているかでお答えください。世帯外の扶養も扶養に該当します。