社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認（更新）申請書

新規　・　更新

フリガナ		保険者番号	2 9 2 0 1 1
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年　月　日生	個人番号	
住所	〒　－ 電話番号　（　）		
申請理由	□ 生活保護を受給しているため □ 低所得で生活が困窮しているため □ その他（　）		

		氏名	生年月日	住民税
世帯構成	被保険者		年　月　日	非課税　・　課税
	世帯員		年　月　日	非課税　・　課税
			年　月　日	非課税　・　課税
			年　月　日	非課税　・　課税

（宛先）奈良市長

上記のとおり利用者負担に係る軽減を申請します。
なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、市が世帯の収入及び預貯金の額の状況について調査することに同意します。

年　月　日

住所

申請者（被保険者）氏名　　電話番号（提出者携帯）　（　）

対象のサービス及び軽減内容

対象サービス	軽減対象費用	軽減割合
介護福祉施設サービス	(1)旧措置入所者で利用者負担割合が10%の者及び旧措置入所者以外の入所者（利用者負担第2段階に属する者を除く。）利用者負担額、食費及び居住費 (2)利用者負担第2段階に属する者食費及び居住費	利用者負担額、食費、居住費及び滞在費は、1/4（老齢福祉年金受給者は1/2、生活保護等受給者は全額）
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
訪問介護	利用者負担額	
介護予防訪問介護		
夜間対応型訪問介護		
通所介護	利用者負担額及び食費	
介護予防通所介護		
認知症対応型通所介護		
介護予防認知症対応型通所介護		
地域密着型通所介護		
小規模多機能型居宅介護	利用者負担額、食費及び宿泊費	
介護予防小規模多機能型居宅介護		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	利用者負担額	
複合型サービス	利用者負担額、食費及び宿泊費	
短期入所生活介護	利用者負担額、食費及び滞在費	
介護予防短期入所生活介護		

（備考）・生活保護受給者の軽減対象費用は、居住費及び滞在費に限る。
・利用者負担額とは、法に定める居宅サービス又は施設サービスに係る10%相当の利用者負担額をいう。