

所得区分認定及び利用者負担額減額・免除等申請書

玉野市長 様

このことについて、次のとおり申請し、世帯状況・収入等について、別紙（裏面）のとおり申告します。
 なお、この申請・申告にあたり、市長が私又は私の世帯員の税務関係情報、収入状況の調査を行うこと
 及び税務関係課、年金事務所等が回答することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		印	生年月日	明治大正 昭和平成	年 月 日
	氏名				年 月 日	
	居住地	〒		電話番号		
障害福祉サービス受給者番号			障害基礎年金 の受給		<input type="checkbox"/> あり（1級・2級） <input type="checkbox"/> なし	
申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/>	1 負担上限月額に関する認定				
	下記の区分の適用を申請します。					
	世帯の範囲（注1）					
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給世帯				
<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯（※）に属する者					
※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつけてください。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの						
<input type="checkbox"/>	市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者					
<input type="checkbox"/>	2 医療型個別減免に関する認定					
下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。						
<20歳以上の方>			<20歳未満の方>			
<input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること（年令 歳） <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯の者			<input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること（年令 歳）			
<input type="checkbox"/>	3 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定					
生活保護への移行防止措置を申請します。						
<input type="checkbox"/>	定率負担減免措置					
※福祉政策課が発行する境界層対象者証明書が必要となります。						

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

（注1） 18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

