

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度チェックリスト（申請者用）

確認項目	No.	確認内容	チェック	
			YES	NO
要件確認	1	被保険者番号と被保険者氏名を記入してください	/	/
		被保険者番号： 0 0 0 0		
		被保険者氏名：		
	2	年間収入が、単身世帯で 1 5 0 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 5 0 万円を加算した額以下ですか	☐	☐
	3	預貯金等の額が、単身世帯で 3 5 0 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 1 0 0 万円を加算した額以下ですか	☐	☐
	4	日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない	☐	☐
	5	負担能力のある親族等に扶養されていない	☐	☐
	6	介護保険料を滞納していない	☐	☐
上記 2～6 の中で、1 つでも「NO」に該当した場合、負担限度額認定対象外です。 申請していただいても負担限度額認定証を交付することはできません。御了承ください。				

提出書類	7	申請者の本人確認書類（郵送申請の場合は本人確認書類のコピー）	☐	☐
	8	社会福祉法人等利用者負担軽減措置対象確認申請書	☐	☐
	9	収入・資産状況等申告書	☐	☐
	10	世帯全員の令和 6 年の収入、資産状況を証明するものの写し（恩給・年金等通知書、源泉徴収票、給与証明書、所得税申告書等）	☐	☐
	11	世帯全員の銀行の通帳のコピー（名義があるものすべて）	☐	☐
		①申請直前に記帳しましたか	☐	☐
		②通帳を開いた 1, 2 ページ目（銀行名や支店名等が載っているページ）をコピーしましたか	☐	☐
		③普通預金は、令和 6 年 1 月以降の取引ページすべて（最終取引が古く、記帳しても更新されない場合は、記帳日を通帳のコピーに記入してください）	☐	☐
		④定期、積立、貯蓄等の残高がわかるページをコピーしましたか ※取引がなくても各種別の 1 ページ目が必要です	☐	☐
	12	同意書	☐	☐
	13	チェックリスト	☐	☐

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度チェックリスト（申請者用）

確認項目	No.	確認内容	チェック	
			YES	NO
申請書の 記入につ いて	14	住所・氏名等は記入しましたか (既に記載されている場合は、間違いはないですか)	☐	☐
	15	個人番号は記入しましたか ※ 不明な場合は省略可 (マイナンバーカードを窓口で確認させていただくか、コピーを提出してください) (代理人が申請者の場合は、委任状が必要です)	☐	☐
	16	利用者負担額減免申請理由は記載しましたか	☐	☐
	17	世帯構成(世帯主・世帯員の氏名・生年月日)は記入しましたか	☐	☐
	18	記入した日は記入しましたか	☐	☐
	19	申請者氏名・住所等を記入しましたか 申請書類についてお問合せする場合がありますので、ご対応いただける方を申請者に してください	☐	☐
同意書の 記入につ いて	20	記載内容を確認しましたか	☐	☐
	21	<被保険者本人>の欄に被保険者について記入しましたか	☐	☐
	22	代筆の場合、代筆者について記入しましたか	☐	☐
	23	<同意者>の欄に世帯構成員について記入しましたか (単身世帯の場合は記入不要)	☐	☐
注意事項	24	書類の不備、添付書類の不足、疑義等について、申請者へ連絡することがあります	☐	☐
	25	通帳が見つからない場合は、申請書提出時にお伝えください	☐	☐
	26	24, 25の手続きにより、認定日が遅くなっても、有効開始期間は申請月の初日からと なります	☐	☐