

記入例

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

世帯の収入状況を記入してください。同世帯の中で収入のある全員を記入し、該当する収入の種類に○をしてください。

仕送り等他の家族から援助がある場合や、手当等を受けている場合も必ず記入してください。

申請時の世帯全員の預貯金状況を記入してください。

預貯金の種類欄に金融機関名を、金額欄には残額を記入してください。

申請日現在において記載事項について確認し、○をしてください。

申請者は被保険者ご本人の住所氏名等を記入してください。

被保険者と同じ世帯の方全員の氏名等を記入してください。

フリガナ	カイゴ タロウ		保険者番号	131151
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0123456789
生年月日	昭和 9年 1月 1日			
住所	〒166-0004 杉並区阿佐谷南1-15-1			
世帯の収入状況	氏名	収入の種類	金額(年額)	備考
	介護 太郎	年金・その他()	466,398円	老齢基礎年金
	〃	年金・その他(仕送り)	300,000円	息子より 月25,000円×12月
	介護 花子	年金・その他()	350,000円	老齢基礎年金
	収入合計			1,116,398円
世帯の預貯金	氏名	預貯金の種類	金額	備考
	介護 太郎	〇〇〇銀行	120,000円	
	〃	〇〇信用金庫	750円	
	介護 花子	〇〇〇銀行	35,000円	
	預貯金合計			155,750円
のび資産 有無 扶養 及	① 日常生活に供する資産以外に活用できる資産はありません。 ② 所得税や住民税を納めている人の扶養控除の対象者になっていません。			
杉並区長 宛 〇〇△△年中の世帯の収入及び現在の預貯金について、また、資産及び扶養の有無について上記のとおり申告し、生計困難者に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。この申請に基づく内容の確認に当たり、税情報及び住民基本台帳情報の利用に同意します。 令和△△年 △△月 △△日				
申請者 (被保険者本人)	フリガナ	カイゴ タロウ		
	氏名	介護 太郎		
	生年月日	昭和 9年 1月 1日		
	住所	〒166-0004 杉並区阿佐谷南1-15-1		
	電話番号	03 (3312) 2111		
同世帯員	申請者との続柄	妻		
	フリガナ	カイゴ ハナコ		
	氏名	介護 花子		
	生年月日	昭和 14年 4月 10日	年 月 日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同住所		

金額(年額)欄には、収入額(税控除する前の額)を記入してください(所得額ではありません)。

備考欄には、該当する収入の種類の名称を記入してください。アルバイト・仕送り等は、その内訳を記入してください。
※確認書類を提示していただく場合があります。

◎預金通帳等、確認書類の提示が必要となりますのでご持参ください。

年金振込や公共料金の支払についても通帳を確認します。
◎郵送する場合はコピーを添付してください。通帳の場合は、前年の1月1日から最終記帳ページまでをコピーしてください。

※同世帯員欄に3人以上の記載が必要な場合は、欄外に記載してください。