

様式第1号（第4条関係）

介護保険サービス利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		確認番号	
			被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生			
住所	〒 電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由	※ 施設入所者等に係る食費・居住費（滞在費）の軽減を受ける場合は、介護保険負担 限度額認定申請が必要となります。			
	氏名	生年月日	生計中心者に○をつけて下さい	
世帯 構成	世帯主		・	・
	世帯員		・	・
			・	・
			・	・

幕別町長 様

上記のとおり介護保険サービス利用者負担軽減対象の申請をします。
また、当該申請に対する審査に関し、幕別町が行う申請者及び世帯員等の所得及び課税に関する調査に同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名 電話番号
※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。

幕別町記入欄

交付年月日	課税状況	認定結果	非該当の理由	備考
年 月 日	世帯課税 ・ 世帯非課税	該当 ・ 非該当	収入 預貯金 資産 扶養 保険料滞納	
有効期間 年 月 日から 年 月 日まで				

様式第2号（第4条関係）

収入等申告書

幕別町長 様

年 月 日

被保険者氏名 _____

被保険者番号 _____

私の世帯の総収入は、下記のとおり相違ありません。

1 住居の状況 持ち家 ・ 借家

2 収入の状況

氏 名	収入区分（年金等の種類）	年額（前年分）
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円

3 預貯金等の額・資産の保有状況

世帯全員の預貯金等の状況（具体的な金額を記入）	自宅以外の資産の有無
1 350万円以下（ 円）	1 資産を所有していない
2 350万円以上（ 円）	2 資産を所有している
有価証券・債権を所有（ 円）	氏 名（ ）
	資産内訳（ ）

4. 扶養の状況

負担能力のある親族等に	1 扶養されていない	2 扶養されている
-------------	------------	-----------

※ 各収入の額を証明できる書類を添付してください。（源泉徴収票、払込通知書の写し等）

※ 遺族年金、障害年金は非課税であるため、必ず証明できる書類を添付してください。

※ 預貯金のある方は、預金通帳の写しを添付してください。

※ 事実と異なった申請をして不正に軽減を受けた場合、軽減を取り消し、軽減相当額を返還いただくことがあります。

幕別町記入欄

世帯人数	人	2 預貯金	可 ・ 否	
1 収入（世帯収入合計額）	可 ・ 否	3 資産	可 ・ 否	
-	=	円	4 扶養	可 ・ 否
			5 滞納	可 ・ 否