

第1号様式

芽室町介護保険低所得者等利用者負担助成申請書					
フリガナ 被保険者氏名			保 険 者 番 号		
			被保険者番号		
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生			
住 所		〒 電話番号			
利用者負担額 助成申請理由					
		氏 名	生年月日	満年齢	生計中心者に○を 付けて下さい
世帯 構 成	世 帯 主				
	世 帯 員				
芽室町長 あて 上記のとおり芽室町介護保険低所得者等利用者負担助成の申請をします。 また、当該申請に対する審査に関し、芽室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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号					
芽室町記入欄					
交付年月日		備 考			
年 月 日		(生計中心者の所得状況等を把握)			
適用年月日					
年 月 日 から					
有 効 期 限					
年 月 日 まで					

収入等申告書
(低所得者等利用者負担助成制度)

年 月 日

被保険者 氏 名		被保険者 番 号	
-------------	--	-------------	--

1. 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

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） 2. 350万円超（ 円） 有価証券・債権を所有（ 円）	1. 資産を所有していない 2. 資産を所有している（氏名： ） 資産内容（ ）

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
※扶養されている場合とは、市町村民税の控除対象者となっており、かつ実質的に扶養を受けていることをいいます。		

- ※ 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、軽減を取消し、軽減相当額を返還いただくことがあります。

1. 収入要件		2. 預貯金要件	
基準額		基準額	
150 万円+50 万円×（世帯員 人）＝ 万円以下		350 万円+100 万円×（世帯員 人）＝ 万円以下	
該当 ・ 非該当		該当 ・ 非該当	
3. 扶 養		4. 滞 納	
有 ・ 無		有 ・ 無	
		5. 生活保護	
		有（＝非該当） ・ 無（＝該当）	

同意書

介護保険対象サービスの保険給付に係る利用者負担の減額及び介護保険料の減額に関する決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、貴町が官公署に調査を囑託し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇主その他の関係人に報告を求めることと、私の関係する介護保険サービス事業者及び居宅介護支援事業者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

芽室町長 手 島 旭 様

申請者 住所

氏名 印

世帯員 氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印