

介護保険 生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

確認番号		一・生
------	--	-----

※以下の太線内を記入してください。

被保険者氏名		被保険者番号									
(フリガナ)		0 0 0									
		個人番号									
生年月日		年	月	日							
住所	〒										
申請理由									区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
同一世帯 の世帯員	氏名			生年月日			続柄				
				年	月	日					
				年	月	日					
				年	月	日					
<p>江東区長 殿</p> <p>上記のとおり生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者) 住所</p> <p>氏名 本人との続柄()</p> <p>電話</p>											

<区記入欄>

決定年月日	チェック項目	
年 月 日	①世帯住民税(世帯人数 _____ 人)	非課税・課税
適用開始日	②住民税課税者の扶養	無・有 ()
年 月 日	③生活保護受給	無・有 ()
終了年月日	④高齢福祉年金	無・有 ()
年 月 日	⑤介護保険料滞納	無・有 ()
軽減割合	⑥収入状況	世帯収入: 円 () 基準収入: 円
/100	⑦資産状況(預貯金等)	世帯資産額: 円 () 基準資産額: 円
審査結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※非該当理由: <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 収入要件 <input type="checkbox"/> 資産要件 <input type="checkbox"/> 扶養 <input type="checkbox"/> 滞納	

受付	担当	係長

<審査チェック>

- 添付書類の不備
- 介護認定状況
- システム結果入力
- システムメモ入力

受付

収入及び資産等申告書

年 月 日

江東区長 殿

被保険者氏名

被保険者番号

令和7年中の世帯の収入額及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。

記

1. 世帯の収入

氏名	収入の種類(年金・給与等)	金額(R7.1~12月)
1		円
		円
2		円
		円
3		円
		円
4		円
		円
他の世帯からの定期的な仕送り・援助等		円
世帯の収入合計		円

2. 世帯の資産(預貯金・株式等)

氏名	資産の種類/金融機関名	金額(申請日時点)
1		円
		円
2		円
		円
3		円
		円
4		円
		円
現金(日常の生活費として手元にある分は除く)		円
世帯の資産合計		円

以上

(注1)年金決定通知書や預金通帳の写し等収入及び資産等の状況が確認できる書類を添えてください。

(注2)資産金等については、預貯金のほか株式や投資信託等についても記入してください。

資産及び扶養の有無に関する申告書

年 月 日

江東区長 殿

被保険者氏名

被保険者番号

年 月 日 現在において下記の事項に相違ないことを申告します。

記

1. 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
2. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

以上