

記入例

介護保険 生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

確認番号

※太線の中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	カイゴ ハチロウ	0	0	0	0
介護 八朗		6	5	4	3
		2	1	個人番号	
生年月日	昭和13年11月2日	性別			
住所	〒 135-0016	個人番号は、わからなければ空欄で構いません。			
	江東区東陽4丁目11番28号	被保険者証の住所を記入してください。			
利用者負担額軽減申請理由	収入が少なく利用者負担の支払いが困難なため	区分	新規	(更新)	再交付
世帯員	氏名	生年月日	性別	続柄	
	介護 八朗	昭和 13年 11月 2日		本人	
	介護 まつ	昭和 18年 3月 3日		妻	
	介護 はな	昭和 38年 1月 2日		長女	
江東区長 殿		申請者の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。			
上記のとおり生計困難者に対する利用		成年後見人が申請する場合は、			
令和〇〇年 △月 □日		登記事項証明書の写しを添付してください。			
住所	江東区東陽4丁目11番28号				
申請者	氏名 介護 はな	電話番号 03 (3647)9498			
	被保険者との続柄(長女)				

区記入欄

決定年月日	備考				
年月日	住民税世帯課税状況	非課税	課税	世帯員	人
適用年月日	扶養の状況	無	有()		
年月日	生活保護受給状況	無	有		
有効期限	老齢福祉年金受給	無	有		
年月日	訪問介護利用者負担減額	無	有		
軽減割合	旧措置介護費負担減免	無	有()		
	介護保険料滞納状況	無	有		
／100	収入及び預貯金申告書審査内容	該当	非該当		

受付	入力	生計困難担当	係長

受付

記入例

収入及び預貯金等申告書

申請日（提出日）を
記入してください。 令和〇〇年 △月 □日

江東区長 殿

利用者本人の氏名・介護保険の被保険者番号・生年月日を記入してください。押印は、朱肉を使用する印鑑をお願いします。（スタンプ印不可）

氏 名 **介護 八郎** 介護 印

被保険者番号 **0000654321**

生 年 月 日 **昭和 13**年 **11**月 **2**日

令和4年中の世帯の収入及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。

本人を含めた世帯全員の収入状況を記入してください。

記

1. 世帯の収入

	氏 名	種 類	金 額
世帯員	介護 八郎	国民年金	612.000 円
			円
	介護 まつ	国民年金	312.000 円
		パート	120.000 円
	介護 はな	アルバイト	864.000 円
			円
		の仕送り等	120.000 円
		計	2.028.000 円

本人を含めた世帯全員の預金口座（金融機関名・預金種目・口座番号・名義人・預貯金額）を記入してください。持っているすべての金融機関口座になります。有価証券、投資信託等についても記入してください。

2.

種 類	金 額
江西銀行深川支店普通預金(口座番号)介護八郎	1.312.345 円
江西信用金庫本店定期預金(定期口座番号)介護まつ	180.000 円
江東金庫本店普通預金(口座番号)介護はな	200.765 円
預貯金等 計	1.693.110 円

以上

注1 年金等決定額通知書や預金通帳の写し等収入及び預貯金等の状況が確認できる書類を添付すること。

注2 預貯金等については、有価証券及び投資信託等についても記入してください。

記入例

資産及び扶養の有無に関する申告書

申請日（提出日）を記入してください。

令和〇〇年 △月 □日

江東区長 殿

利用者本人の氏名・介護保険の被保険者番号・生年月日を記入してください。押印は、朱肉を使用する印鑑をお願いします。（スタンプ印不可）

氏名 **介護 八郎** 印

介護保険者番号 **0000654321**

生年月日 **昭和 13年 11月 2日**

令和 〇〇 年 △ 月 □ 日現在において、下記の事項について、相違ないことを申告します。

申請日（提出日）を記入してください。

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