

# 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

※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											
		個人番号									
生年月日	年	月	日								
住所	〒										
利用者負担額軽減申請理由						区分	新規	更新	再交付		
	氏名			生年月日			続柄				
世帯員				年 月 日							
				年 月 日							
				年 月 日							
				年 月 日							
江東区長 殿											
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。											
年 月 日											
住所											
申請者						電話番号 ( )					
氏名											
被保険者との続柄( )											

## 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		
	収入及び預貯金申告書審査内容	該当	非該当		
／100					

受付	入力	生計困難担当	係長

受付

# 収入及び預貯金等申告書

年 月 日

江東区長 殿

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

令和5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。

記

1. 世帯の収入			
	氏 名	種 類	金 額
世帯員			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
他の世帯からの仕送り等			円
収 入 計			円
2. 世帯の預貯金等			
	種 類		金 額
			円
			円
			円
	預貯金等 計		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。

# 資産及び扶養の有無に関する申告書

年 月 日

江東区長 殿

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

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。

## 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