

様式第 1 号（第 5 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
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名				確認番号															
						被保険者番号													
生年月日		年 月 日生																	
住 所		〒 電話番号																	
利用者負担額 軽減申請理由																			
		氏 名		生 年 月 日		性 別		生計中心者に○をつけてください											
世帯構成	世 帯 主																		
	世 帯 員																		
能代市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて介護保険サービスの利用者負担額の軽減対象の申請をします。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号																			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

年金収入等申告書

年 月 日

能代市長 様

氏名
(被保険者番号)

年中の年金収入等について、下記のとおり申告します。

1 本人の収入状況

① 年金収入(非課税年金を含む。)		①	円
種類	年金		円
種類	年金		円
② その他の収入(給与や事業、仕送りなど)		②	円
内容			円
内容			円
本人収入金額 合計		① + ②	円

2 家族の収入状況

氏名	年金の種類又は収入の内容	収入金額
		円
		円
		円
家族収入金額 合計		円

3 本人の預貯金等の状況

① 預貯金		①	円
種類			円
種類			円
② その他(有価証券、債券等)		②	円
内容			円
内容			円
本人預貯金等 合計		① + ②	円

4 家族の預貯金等の状況

① 預貯金

氏名	預貯金の種類	金額
		円
		円
		円
		円
合	計	円

② その他(有価証券、債券等)

氏名	有価証券等の種類又は内容	金額
		円
		円
		円
		円
合	計	円

5 世帯の資産状況(日常生活に供する以外のもの)

氏名	資産の種類又は内容	金額
		円
		円
		円
		円
合	計	円

6 本人の扶養状況

扶養の種類	扶養の有無	扶養者の氏名	備考
健康保険	有・無		
所得税	有・無		

7 生計が困難な理由(具体的に御記入ください。)

※ 非課税年金を受給している場合は、年金額通知書等収入が確認できる書類を添付してください。

※ 預貯金の状況については、現在残高を確認できるように通帳の写しを添付してください。