

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																			
生年月日		年	月	日生	被保険者番号																
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																				
<p>能代市長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 印 電話番号</p>																					

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 齊藤 滋宣 様

氏名

印

(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。