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　　　　　　　　　　　　印　　　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 |

様式第２号(第５条関係)

年 金 収 入 等 申 告 書

年　　月　　日

　　能代市長　齊　藤　滋　宣　　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。