

# 記入例

## 利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ	ヒノ ハナコ	確認番号	
被保険者氏名	日野 花子	被保険者番号	0123456789
生年月日	大正〇〇年△△月□□日	電話番号	042-585-1111
住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1		
利用者負担額軽減申請理由	収入が少なく生活が困難なため	区分	新規・更新・再交付
世帯員	氏名	生年月日	続柄
	日野 花子	大正〇〇年△△月□□日	本人
	日野 太郎	昭和〇〇年△△月□□日	子

同一世帯の方の氏名を全員ご記入ください。

ご本人様の氏名等をご記入ください。

なお、私及び私の属する世帯の世帯状況・収入状況・住民税の課税状況・資産の所有状況等を公簿等により調査・確認すること、及び担当している介護支援専門員に必要に応じて情報提供することに対して同意します。

令和3年 〇年 〇〇日

ケアプランの作成や、軽減実施事業者による軽減漏れを防ぐため、軽減対象者であるかどうかの問い合わせに対して回答する場合があります。

申請者 氏名 日野 花子  
住所 日野市神明1-12-1  
電話番号 042-585-1111

交付年月日		
適用年月日		月 日まで
住民税課税状況		
備考	(世帯)	

記入不要

収入及び預貯金申告書

令和3年 〇月 〇〇日

(あて先) 日野市長

氏 名 日野 花子

被保険者番号 0123456789

生年月日 大正〇〇年△△月□□日

29年中の世帯の収入及び世帯の預貯金について、下記のとおり申告します。

1 世帯の収入		金 額	
氏			
世帯員	日野 花子	○△年金	561,098円
		○△年金	2ヶ月で42,598円
	日野 太郎	○△年金	515,198円
			410,996円
			円
			円
収入計			1,742,880円
2 世帯の		金 額	
	○△信用金庫(花子)		1,020,145円
	□△銀行(花子)		594,801円
	ゆうちょ銀行(太郎)		120,689円
	○△信用金庫(太郎)		1,056,487円
預貯金計			2,792,122円

源泉徴収票等から記入の場合は年間の支払い金額を記入してください。

年金振込通知書の金額(介護保険料等減額前の金額)の場合は2ヶ月の金額と分かるように記入してください。

申請日の残高を記入し、過去半年程度の通帳等の写しを添付してください。

記入欄が不足する場合は、同一欄  
或いは欄外に記入してください。

※ 世帯の預貯金等については有価証券及び債券についても  
※ 年金等決定額通知書・預貯金通帳等収入及び預貯金の  
すること。

資産及び扶養の有無に関する申告書

令和3年 〇月 〇〇日

(あて先) 日野市長

氏名 日野 花子

被保険者番号 0123456789

生年月日 大正〇〇年△△月□□日

年 〇月〇〇 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

- 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を有していないこと。
- 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。