

# 生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書及び申告書

(社会福祉法人等及び介護保険サービス提供事業者による生計困難者利用者負担額軽減措置事業)

※ 太枠内をご記入ください。

		区分	新規・更新・再交付							
フリガナ		保険者番号		1	3	1	2	1	9	
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住所		〒 電話番号 ( )								
		氏名	続柄	生年月日						
世帯構成	世帯員		本人	明・大・昭	年	月	日			
申請理由		低所得で生活が困難であるため								
<p>足立区長 あて 上記のとおり、生計困難者に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者) 住所 _____ 電話番号(自宅・勤務先) _____ ( ) _____</p> <p>氏名 _____ 被保険者との続柄 _____</p>										

※ 裏面の収入及び預貯金等申告書もご記入ください。

以下は記入不要です(区記入欄)

交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
減額割合	25%・50%・100%	確認番号	(受領印)
備考	(区市町村民税世帯課税状況)	非課税	課税
	(生活保護受給状況)	無	有
	(介護保険料滞納状況)	無	有
	(収入預貯金申告書審査内容)	該当	非該当
	(高齢福祉年金受給状況)	無	有

# 収入及び預貯金等 申告書

足立区長

令和 年中の世帯の収入及び世帯の預貯金額等について、以下のとおり申告します。

※ 太枠内をご記入ください。また1～5について、あてはまるところに○をして下さい。

被保険者番号	0	0	0								申告日	年	月	日
氏名	(自署でない場合、押印してください)													

1 世帯全員の区市町村民税について

非課税である  課税者がいる

2 世帯全員の年間収入および預貯金額等について

※必ず、年金額、収入額などが確認できる書類(年金の支給額決定書や支払通知書、源泉徴収票などの写し、また預貯金額等が確認できる書類(直近の残高のわかる全ての通帳の写し)を添付ください。

お名前	収入等の種類と収入額		預貯金額等		
ご本人	年金(非課税年金等含む)	円	郵便貯金	円	
	恩給・給与・不動産営業収入等	円	普通預金	円	
	仕送り(どなたから)	円		円	
	その他	円	定額預金	円	
	年金(非課税年金等含む)	円	郵便貯金	円	
	恩給・給与・不動産営業収入等	円	普通預金	円	
	仕送り(どなたから)	円		円	
	その他	円	定額預金	円	
	年金(非課税年金等含む)	円	郵便貯金	円	
	恩給・給与・不動産営業収入等	円	普通預金	円	
	仕送り(どなたから)	円		円	
	その他	円	定額預金	円	
世帯合計	収入合計		円	預貯金額合計	円

※非課税年金とは障害年金・遺族年金等のことです。

3 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の所有について

所有していない  所有している

4 負担能力のある親族等からの扶養について  
※区民税課税者に扶養されている(税申告の扶養家族になっている)と該当になりません。

扶養されていない  扶養されている

(扶養者の方の氏名・住所) \_\_\_\_\_

5 介護保険料の滞納について

滞納していない  滞納がある

## 【個人情報確認及び預金通帳等に関する同意書】

1. 申告内容について、足立区介護保険課が区の関係部署に個人情報を確認することに同意します。

①収入・所得および課税に関する情報 ②世帯に関する情報 ③年金に関する情報

④生活保護に関する情報

2. 提出したもの以外に預貯金はありません。

年 月 日

※世帯全員の氏名をご記入ください。

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_