

【表面】

利用者負担額軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

フリガナ		確認番号	2	0	2						
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女								
住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー		電話番号								
利用者負担額 減免申請理由	経済的負担軽減のため										
年 月 日											
彦根市長 様											
<p>上記のとおり彦根市介護保険における利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>なお、この申請に伴う軽減対象の確認のため、被保険者本人の介護保険料納付状況、市町村民税の扶養状況等および世帯員の市町村民税の課税状況、年間収入額等の資料の閲覧ならびに被保険者本人および世帯員に係る金融機関等への預貯金調査について同意します。</p>											
<p>申請者 住所 (被保険者)</p> <p>氏名</p> <p>世帯員</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p> <p>氏名</p>											

※裏面に被保険者本人の属する世帯の収入・資産・扶養に係る状況を記入(申告)してください。

彦根市記入欄

備 考	世帯の市町村民 税課税状況	①	課 ・ 非	(本人の収入状況等)	軽減判定
		②	課 ・ 非		
		③	課 ・ 非		
		④	課 ・ 非		
		⑤	課 ・ 非		
	総合	課 ・ 非	該当 非該当 番号		
	交付年月日	適用年月日	有効期限		
	年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで		

【裏面】

収入・資産・扶養等申告書

年 月 日

彦根市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり \_\_\_\_\_ の世帯における収入、資産などを申告します。  
 なお、事実と異なることが判明した場合は、軽減確認を取り消されても異議ありません。

1 世帯の収入の状況( 年中の収入)

氏名	年金、恩給等の収入	給与収入・事業収入	利子配当その他
被保険者本人	( ) 年金 円	円	円
	( ) 年金 円	円	円
	( ) 年金 円	円	円
	( ) 年金 円	円	円
	( ) 年金 円	円	円
他の世帯に属する人からの仕送り	ア なし      イ あり(	円/年程度)	

2 世帯の預貯金および不動産の状況

- (1) 世帯の預貯金について  
 現在の預貯金通帳の残高(合計) \_\_\_\_\_ 円
- (2) 有価証券の保有について  
 ア 保有している      イ 保有していない
- (3) 居住用家屋や日常生活に必要な不動産以外に、利用できる不動産について  
 ア 所有している      イ 所有していない

3 被保険者本人の扶養の状況

- (1) 負担能力のある親族の市町村民税の控除について  
 ア 扶養親族になっていない      イ 扶養親族になっている
- (2) 医療保険について  
 ア 負担能力のある親族の被扶養者になっていない  
 イ 負担能力のある親族の被扶養者になっている

4 介護保険料の納付状況

- ア 滞納なし      イ 滞納あり

収入や資産・扶養状況を確認できる書類を添付してください

健康保険証、年金振込通知書または年金改定通知書、給与証明書または給与支払証明書、固定資産税納税通知書、預貯金通帳、有価証券の写し など