

生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

フリガナ 被保険者氏名	コガネイ サクラ	確認番号	記入不要です。		
	小金井 桜	被保険者番号			
生年月日	○年 ○月 ○日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女		
住 所	〒184-8504 東京都小金井市本町6-6-3 電話番号042-387-9822				
利用者負担額 軽減申請理由	生計が困難なため	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 ・ 更新 ・ 再交付		
	氏 名	生年月日	性別	続柄	
世帯員	小金井 桜	○年○月○日	女	本人	
	小金井 太郎	○年○月○日	男	夫	

(宛先) 小金井市長

利用中(利用予定)の軽減実施事業所の運営法人をご確認の上、いずれかまたは両方をお選びください。

上記のとおり、社会福祉法人等 (介護保険サービス提供事業者) による生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

なお、この申請の決定に当たり、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。

○年○月○日

住所 東京都小金井市本町6-6-3  
申請者 氏名 小金井 桜  
電話番号 042-387-9822

市記入欄

交付年月日	備
年 月 日	(世帯者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

記入不要です。

# 記入例

資産及び扶養の有無に関する申告書

○年○月○日

(宛先) 小金井市長

氏名 小金井 桜

被保険者番号 0000123321

生年月日 ○年 ○月 ○日

○年○月○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

- 1 日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
- 2 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

# 記入例

## 収入及び預貯金等申告書

〇年〇月〇日

(宛先) 小金井市長

1月～7月に新規申請  
する場合は、前々年。  
8月～12月に新規申  
請する場合は、前年を  
ご記入ください。

氏名     **小金井 桜**    

被保険者番号     **0000123321**    

生年月日     〇年〇月〇日    

〇年中の世帯の収入及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。

### 記

1. 世帯の収入			
	氏名	種類	金額
世帯員	小金井 桜	老齢基礎年金	〇〇〇円
			円
	小金井 太郎	老齢基礎年金	〇〇〇円
			円
			円
			円
収入 計			〇〇〇円
2. 世帯の預貯金等			
	種類	金額	
	〇〇銀行△△支店	〇〇〇	
	□□信用金庫××支店	〇〇〇	
	預貯金等 計	〇〇〇	

収入の種類を記入してくだ  
さい。

預貯金の場合、  
最終残高(直近  
2カ月以内に記  
帳したもの)をご  
記入ください。  
表面に書ききれ  
ない場合は、裏  
面にご記入くだ  
さい。

- ※1 預貯金等の状況が確認できる書類を添付すること。
- ※2 預貯金等については、有価証券及び債券についても記入すること。
- ※3 市で収入を確認できない場合、収入が確認できる書類の提出を求めることがあります。