

(宛先) 幸田町長

介護保険利用者負担軽減申請に係る被保険者及び世帯員等の収入状況等については、下記のとおり相違ありません。

被保険者 (申告者)	フリガナ		被保険者 番号																	
	氏名			印																

収入等の状況

区分	収入項目等																			
本人 (被保険者)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額													
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入							円									
	給与収入		円								円									
円																				
配偶者 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額													
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入							円									
	給与収入		円								円									
円																				
世帯員等 1 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額													
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入							円									
	給与収入		円								円									
円																				
世帯員等 2 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額													
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入							円									
	給与収入		円								円									
円																				
総収入額																			円	

注1 確定申告等で申告をしていない収入等がある場合は、年金・恩給証書、仕送り等の額が分かる入金通帳等の写しを添付してください。

2 本申告書の収入額欄には、基礎控除等の控除をする前の収入額を記入してください。

介護保険利用者負担軽減金支給申請書

(令和 年 月～令和 年 月)

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日			
住所		〒444-01 額田郡幸田町大字 字 電話() ー			
要介護等 認定期間		要介護度等 認定期間	要支援 1・2 要介護 経過的・1・2・3・4・5 年 月 日～ 年 月 日		
		個人番号	氏名	生年月日	性別 介護保険の被保険者の 場合の被保険者番号
世帯 構成	世帯主				
	世帯員				
(宛先) 幸田町長 上記のとおり介護保険利用者負担軽減金の支給申請をします。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話() ー					

介護保険利用者負担軽減金を下記の口座に振り込んでください。

利用者 負担軽減金 振込口座	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1普通 2当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

保険者確認記入欄

資格者台帳 有・無	給付制限状況 有・無 給付割合	備考
--------------	-----------------------	----

-----被保険者名と振込先口座名義人が異なる場合は記入ください-----

委任状

令和 年 月 日

住所

氏名

印

私は、介護保険利用者負担軽減金の受領について、下記の者に委任いたします。

1、受領委任者 住所

氏名

印

2、受領口座 上記「利用者負担軽減金振込口座」のとおり