別記様式第１号(第７条関係)

介護保険サービス利用者負担軽減対象確認申請書

年　　月　　日

当別町長　様

上記のとおり、添付書類を添えて介護サービス利用者負担額軽減事業の対象確認申請をします。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏　名		個人番号	
	生年月日日	年　月　日	性　別	
	住　所	〒 電話番号		

世帯の状況	人員	ふりがな 氏　名	続柄	性別	年齢	生年月日	収入（年額）、預貯金等の状況			
	申請者						収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（　　）
							預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（　　）
	2						収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（　　）
							預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（　　）
	3						収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（　　）
							預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（　　）
	4						収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他（　　）
							預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他（　　）

申　告　項　目	いずれかに〇をしてください。
①私の世帯の収入は、基準額以下です。（基準額は、単身世帯150万円、世帯員が１人増える毎に50万円加算）	はい・いいえ
②私の世帯は、自宅など日常生活に必要な資産以外に資産はありません。	はい・いいえ
③私の世帯の預貯金等の額は、基準額以下です。（基準額は、単身世帯350万円、世帯員が１人増える毎に100万円加算）	はい・いいえ
④私は、課税世帯に扶養されていません。	はい・いいえ
⑤私は、介護保険料を滞納していません。	はい・いいえ

【添付書類】	◎収入の額が判る書類（源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等）の写し ◎預貯金の額が判る書類（預金通帳、貯金通帳等）の写し

上記のとおり、この申請書の記載内容及び添付書類は、事実と相違ありません。

また、この申請に関して当別町が必要とするときは、当別町が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

住 所

申請者

氏 名