

〇〇年度 介護保険利用者負担額減免申請書



記入例

フリガナ	コウイキ レンコ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	広域 連子		性別	男・女									
生年月日	昭 12年 3月 4日		住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2-1									
市町村民税課税者からの扶養	有・無		保険料の滞納	有・無									
収入及び預貯金に関する申告													
区分	被保険者本人	世帯員氏名	世帯員氏名	世帯員氏名									
公的年金	320,000円	広域 太郎	介護 花子										
遺族年金													
障害年金		220,000円											
企業年金													
給与			500,000円										
営業													
農業													
不動産													
配当													
その他													
収入合計	320,000円	220,000円	500,000円										
預貯金額	1,000,000円	500,000円	2,000,000円										
(宛先) 知多北部広域連合長 上記のとおり関係書類を添えて、利用者負担額の減免を申請します。 〇〇年〇〇月〇〇日 住所 東海市荒尾町西廻間2-1 申請者 氏名 広域 太郎 電話番号 (052) 689-2263 被保険者との続柄 (夫)													

減免額を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行	信用金庫	農協	本店	支店	出張所	種目	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード			店舗コード			1 普通	フリガナ	コウイキ タロウ						
	1	2	3	4	1	2	3	2 当座	口座名義人 広域 太郎						

〇〇年〇〇月〇〇日
(被保険者) 住所 東海市荒尾町西廻間2-1
氏名 広域 連子
私は次の者を代理人として減免額の受領に関する権限を委任します。
(代理人) 住所 東海市荒尾町西廻間2-1
氏名 広域 太郎

・対象月は、年度内に給付を行うサービス利用分で、3月31日までに申請いただくと、当該年度内分を遡り支給します。

・本人が市町村民税の課税者に扶養されている場合は「有」、市町村民税の課税者に扶養されていない場合は「無」に○をつけてください。なお、市町村民税の非課税者に扶養されている場合は「無」となります。
・市町村民税の課税者に扶養されている場合は、非該当となります。

・介護保険料を滞納している場合は、非該当となります。

・世帯員が書ききれない場合は、線を引いて列を増やして記載していただくか、「別紙に記載あり」と申請書表面に記載した上で別紙に記載をしてください。

・世帯員全員の年間合計収入が1人世帯の場合98万円以下、2人世帯の場合130万円以下、3人世帯の場合162万円以下である方(以後世帯員が1人増える毎に32万円加算した額)が対象です。この収入を超える場合は、非該当となります。

・世帯員全員の預貯金の合計額が1人世帯の場合350万円以下、2人世帯の場合450万円以下、3人世帯の場合550万円以下である方(以後世帯員が1人増える毎に100万円加算した額)が対象です。この金額を超える場合は、非該当となります。

・振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

係長	係

課長	受付者

同意書

記入例

知多北部広域連合長 様

介護保険利用者負担額減免の審査のために必要があるときは、関係官公署、金融機関等に私及び私の世帯員の課税状況及び保有する預貯金について、報告を求めることに同意します。

また、知多北部広域連合長の報告要求に対し、関係官公署、金融機関等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を関係官公署、金融機関等に伝えて構いません。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

<本人>

住所 東海市荒尾町西廻間2-1

氏名 広域 連子

㊞

<世帯員>

世帯員氏名 広域 太郎

㊞

世帯員氏名 介護 花子

㊞

世帯員氏名 _____

㊞