

年度 介護保険利用者負担額減免申請書



フリガナ											
被保険者氏名						被保険者番号	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
住所	〒 -										
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	
		円	円	円	円	円	円
収入	公的年金	円	円	円	円	円	円
	遺族年金	円	円	円	円	円	円
	障害年金	円	円	円	円	円	円
	企業年金	円	円	円	円	円	円
	給与	円	円	円	円	円	円
	営業	円	円	円	円	円	円
	農業	円	円	円	円	円	円
	不動産	円	円	円	円	円	円
	配当	円	円	円	円	円	円
	その他	円	円	円	円	円	円
収入合計	円	円	円	円	円	円	
預貯金額	円	円	円	円	円	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。

年 月 日

住所

申請者 電話番号 ( ) -

氏名 ⑩ 被保険者との続柄 ( )

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						
	金融機関コード	店舗コード				フリガナ					
				1 普通	フリガナ						
				2 当座	口座名義人						

年 月 日

(被保険者) 住所 氏名 ⑩

私は次の者を代理人として減免額を受領に関する権限を委任します。

(代理人) 住所 氏名

※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

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊞

<世帯員>

世帯員氏名

㊞

世帯員氏名

㊞

世帯員氏名

㊞