

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日			
住所	電話番号					担当ケアマネジャー名		
減免申請の理由 (該当番号に○) ※4の場合は以下 記入不要	1 市町村民税世帯非課税で、老齢福祉年金受給者である。 2 利用者負担が減額されないと生活保護を受けなければならないほど生活に困窮している。 3 収入が少なく生活に著しく困窮している。 4 生活保護受給者である。(受給証明書の写しを添付)							
世帯構成と世帯の収入等の状況	◇ あなたの世帯の構成、収入の状況、預貯金の状況についてできるだけ詳しく記入してください。 ◇ 年金収入は、受給しているすべての年金(恩給、遺族年金、障害年金を含めて)について記入して下さい。 ◇ 預貯金の状況については、普通預金、定期預金などすべての預貯金について記入してください。なお、確認のため、通帳の直近残高が記載されているページの写しを添付してください。							
	氏名	続柄	生年月日	職業	収入の状況(1年間の状況)(円)			預貯金の状況(円) (金融機関名・預金額)
		本人	明・大・昭・平		給与・事業・不動産等収入	年金収入(種類・金額)	その他収入(仕送り等)	
			明・大・昭・平					
			明・大・昭・平					
扶養親族の状況	◇ 次のいずれかに当てはまる場合は、あなたを扶養している親族の住所氏名等を記入してください。なお、確認のため扶養者の所得証明書の添付を求めることがあります。 ① あなたを税法上の扶養にしている親族がいる ② あなたは別居している親族の健康保険の被扶養者となっている ③ あなたを扶養親族として扶養手当を受給している親族がいる ④ あなたに仕送りをしている親族がいる							
	氏名	続柄	生年月日	住所	電話	職業・勤務先・電話		
			明・大・昭・平					
資産の状況	◇ 資産の状況について当てはまるものに○をし、「有」に該当する場合は必要事項を記入してください。							
	住居	持ち家 借家(家賃月額 円)	住居以外の 家屋	有(所在地)	無			
	貸している土地	有(所在地)	用途					
近親者の状況	◇ 上記に記載のない親、子、兄弟について記載してください。							
	氏名	続柄	年齢	住所	電話	職業		
木曾広域連合長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の減免対象の申請をします。 なお、この申請の審査のため必要があるときは、私、私の世帯員及び私の扶養者の戸籍、収入及び資産の状況について調査することについて同意します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 印								

※ 本申請書の内容に著しい虚偽があった場合は、木曾広域連合介護保険条例第18条の規定により罰せられることがあります。

同意書

介護保険サービス利用料の自己負担額の軽減申請のため、私及び私の世帯員の恩給の受給状況について、介護保険の保険者である木曾広域連合が調査することについて同意します。

年 月 日

総務省 人事・恩給局長 様

申請者
(被保険者)

住所 _____

氏名 _____ 印

世帯員

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印