

春日市社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認申請書(別紙)

氏名	生年月日	年	月	日
住所				
市民税世帯課税状況	課税 ・ 非課税			
本人収入状況	円			
公的年金収入	円			
給与収入	円			
営業等収入	円			
非課税年金	円			
仕送り	円			
その他( )	円			
高額医療費等(高額介護サービス費含む)	円			
本人預貯金等	円			
現金	円			
預貯金	円			
有価証券、債権	円			
その他( )	円			
本人資産の有無	有 ・ 無			
資産有りの場合の資産の内容(日常生活に供する資産を除く)				
扶養の状況				
市町村民税の控除対象者か	対象者ではない ・ 対象者である			
医療保険の被扶養者か	被扶養者ではない ・ 被扶養者である			
介護保険料納付状況	滞納なし ・ 滞納あり			

年 月 日

上記の申立ての内容に相違ありません。

住所

氏名

(続柄 )

\* 添付する書類

① 課税状況、収入状況を証する書類

(例) 所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、その他

② 預貯金に関する書類

(例) 本人名義の預金通帳、貯金通帳の写し