

別記様式第1号（第5条関係）

大泉町介護保険サービス利用者負担額助成対象確認申請書（新規申請・更新申請）

申請日	年 月 日
-----	-------

大泉町長 村山 俊明 様

下記のとおり大泉町介護保険サービス利用者負担額の助成対象の軽減確認申請をします。
 なお、私の世帯の総収入は、裏面「収入等申告書」のとおり相違ありません。
 また、助成対象の確認のために必要があるときは、私の収入状況及びその他の必要事項について、
 税務資料等公簿により調査することに同意します。

本人同意欄	
-------	--

（太線の枠内のみ記入してください。）

(フリガナ)		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
住所	〒 ー 電話番号		
大泉町介護保険サービス利用者負担額助成対象確認申請事由	1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下の者 2. 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の者 3. その他（ ）		

※裏面にあなたの世帯の状況及び収入、資産、扶養の状況について記入してください。

【町記入欄】

交付年月日	備 考	
年 月 日	税務課課税台帳状況	／ 確認
適用年月日	・市町村民税世帯	課税 ・ 非課税
年 月 日	・世帯総収入額	_____円（該当上限 万円）
有効期限	・世帯総預貯金等額	_____円（該当上限 万円）
年 月 日	・資産（居住に要する者以外）	有り ・ 無し
	・扶養（仕送り・援助）	有り ・ 無し
	・介護保険料	完納 ・ 滞納

該当 ・ 非該当

収入等申告書

【世帯構成】

	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください。
世帯主			
世帯員			
〃			
〃			

【収 入】（収入がある場合は、収入があった方全員について記載してください。）

	被保険者 との続柄	氏 名	収入の種類	収入額（年間の金額）	※保険者記入欄
1				円	
2				円	
3				円	
合 計				円	

（記入上の注意）

- ・この欄に記載いただく収入は全て前年の1～12月分の収入です。（1～6月中の申請については、前々年1～12月分の収入となります。）
- ・「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。
- ・「収入額」には、課税収入以外に非課税収入、仕送り等も含まれます。
- ・必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。
- ・年金の場合には、証書ごとにご記入ください。（例：老齢福祉年金〇〇円 等）

【預貯金等の額】

世帯の預貯金の額	円
その他（有価証券）	円

【資 産】（世帯が所有する居住用以外の土地・建物があれば記載してください。）

種 別	面 積 等	所 有 者 氏 名	所 在 地 又 は 内 容	抵 当 権
土 地	居住用	㎡		有・無
	田・畑	㎡		有・無
	山林・その他	㎡		有・無
建 物	居住用	㎡		有・無
	その他	㎡		有・無

【扶 養】（いずれかに○をつけてください。）

他の世帯の方の扶養を受けていますか。	1 受けている ・ 2 受けていない
--------------------	--------------------

（記入上の注意）

- ・扶養とは、あなたを医療保険や税金面で扶養にとっている場合や、仕送り援助等をしている場合です。