

表面（裏面もあります）

## 港区社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

		区 分	新規	更新	再交付								
フリガナ	ミナト タロウ	保険者番号		1	3	1	0	3	7				
被保険者氏名	港 太 郎	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
生年月日	大正 2 年 2 月 2 日生	個人番号											
住 所	〒105-8511 港区芝公園1-5-25-205 電話番号 ( 1 2 3 4 ) 5 6 7 8												
利用者負担額軽減申請理由	低所得で、生計が困難であるため												
世 帯 員	氏 名	続 柄	生 年 月 日			備考欄							
	港 太 郎	本 人	大正	2年	2月	2日							
	港 花 子	妻	大正	3年	3月	3日							
				年	月	日							
			年	月	日								
(あて先) 港 区 長 上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。													
〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 同上													
被保険者ご本人様のお名前をご記入ください。自署の場合は押印不要です。代筆の場合は押印が必要です。													
港 太 郎 電話番号 ( 1 2 3 4 ) 5 6 7 8													

- ・ 太枠内の太字の箇所を黒のボールペンなどをご記入ください。
- ・ 印字されている箇所に訂正がある場合や、記入間違いをした場合には、二重線で訂正のうえ、訂正印を押してください。  
(修正液は使用しないでください。)
- ・ 収入及び預貯金等申告書（第3号様式）と併せてご提出ください。  
※預貯金額等確認できるもの（通帳及び有価証券などのコピー）  
※年金源泉徴収票コピー

## 収入及び預貯金等申告書

(あて先) 港 区 長

〇〇年中の世帯の収入及び預貯金額等について、以下のとおり申告します。

※ 太枠内をご記入ください。また、あてはまるところに○をしてください。

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	申告日 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
氏名	港 太郎								

1 世帯全員の区民税は、非課税である。

 非課税である 課税者がいる

2 世帯全員の収入及び預貯金等について

※必ず、年金額、収入額が確認できる書類（年金の支給額決定書、支払通知書又は源泉徴収票）及び預貯金額等が確認できる書類（直近の残高が分かるすべての通帳の写し）を添付してください。

氏名・続柄		収入等の種類と収入額		預貯金額等	
本人		国民年金・障害年金・遺族年金	454,821円	預貯金	451,126円
		厚生年金	円	預貯金	円
		恩給・給与・不動産営業収入等	円	有価証券等	円
		仕送り（どなたから 長男）	360,000円	その他（ ）	円
氏名		国民年金・障害年金・遺族年金	円	預貯金	円
		厚生年金	円	預貯金	円
続柄		恩給・給与・不動産営業収入等	円	有価証券等	円
		仕送り（どなたから ）	円	その他（ ）	円
氏名		国民年金・障害年金・遺族年金	円	預貯金	円
		厚生年金	円	預貯金	円
続柄		恩給・給与・不動産営業収入等	円	有価証券等	円
		仕送り（どなたから ）	円	その他（ ）	円
氏名		国民年金・障害年金・遺族年金	円	預貯金	円
		厚生年金	円	預貯金	円
続柄		恩給・給与・不動産営業収入等	円	有価証券等	円
		仕送り（どなたから ）	円	その他（ ）	円
世帯合計		収入合計		814,821円	預貯金額合計
					451,126円

3 世帯員全員が日常生活に供する資産以外に活用できる資産を所有していない。

 所有していない 所有している

4 負担能力のある親族等に扶養されていない。

 扶養されていない 扶養されている

( どなたに? )

5 世帯員全員が介護保険料を滞納していない。

 滞納していない 滞納がある

## ● 個人情報の確認に関する同意書

この申請書に記載した申告内容について、港区  
することについて、世帯構成員が同意します。

〇〇年 〇 月 〇〇 日

申請者

(被保険者) 氏名 港 太郎

被保険者ご本人様のお名前をご記入ください。自  
署の場合は押印不要です。  
代筆の場合は押印が必要です。

確認