

記入例

様式第1号（第7条関係）

介護保険居宅サービス等利用者負担金助成認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	イセ タロウ 伊勢 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			
生年月日	昭和 *年 *月 *日	性別	(男) 女			
住 所	〒372-0000 伊勢崎市〇〇〇町***番地*		被保険者本人の情報です 電話番号 080-0000-0000			
利用者負担金 助成申請の理 由	「家計が苦しいため」等シンプルな理由で 構わないので、理由の記入をお願いします。					
世帯構成 (生計中心者には○をつけて ください)	氏 名	年齢	性別	氏 名	年齢	性別
	伊勢 太郎	75	男	伊勢 花子	70	女
添付書類	<input type="checkbox"/> 世帯の収入状況に関する届出書 <input type="checkbox"/> 前年の収入額のわかる書類 <input type="checkbox"/> 直近のサービス利用票・別表 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>					
(宛先) 伊勢崎市長		▶ 被保険者本人の住所・氏名・電話番号を記入し てください。 ▶ 日付は空欄で結構です。				
上記のとおり、介護保険居宅サービス等利用料の減額等について また、審査に伴う所得等の調査について同						
年 月 日						
申請者	住 所	伊勢崎市〇〇〇町***番地*				
	氏 名	伊勢 太郎				
	電話番号	080-0000-0000				

市記入欄

受付日	年 月 日	決定日	年 月 日		
適用期間	年 月 日 ~	年 月 日			
認定	介護度	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
課税状況	収入状況	保険料滞納	生保適用	その他適用	適用
非課税	該当	無	無	無	承認
課税	非該当	有	有	有	不承認

記入例

世帯の収入状況等に関する届出書

<太枠内のみ記入>

申請者氏名	伊勢 太郎		住所	伊勢崎市〇〇〇町***番地*					
住居の形態	1 持ち家（家族等を含む） <該当する番号に○印>								
	2 借家、アパート、マンション、公営住宅等 → 家賃等 月額 円								
現在加入の医療保険	1 国民健康保険		3 後期高齢者医療保険						
	2 社会保険・共済組合		4 その他（ ） <該当する番号に○印>						
税法上の扶養の有無	1 扶養になっている（扶養者氏名 ）								
	2 扶養になっていない <該当する番号に○印>								
世帯の状況（1カ月以上、入院・入所しているものは氏名欄に○印）									
氏名	生年月日	年齢	性別	申請者と の続柄	職業又は学 校名・学年	障害者手帳所持 の場合の等級	第1類	加	算
						種 級			
						種 級			
						種 級			
世帯の収入等（前年の状況）						計	F	G	
就労以外の収入 年金等の収入 財産収入 その他					計	円	A		
子等からの仕送り 等の収入					計	円	B		
就労に伴う収入 勤労収入 農業収入 自営収入 その他					計	円	C		
社会保険料 国民健康保険税 公租公課等					計	円	D		
助成対象サービスの1か月あたり利用者負担（見込）額					円				
						計	F	G	
						計	円	H	
						計	円	I	
						計	円	J	
						計	円	K	
						計	円	L	
						計	円	M	
						計	円	P	
						計	円	N	
						計	円	E	
						計	円	利用者負担控除後の収入認定額	
						計	円	適	否

審査の際に必要な情報になるので記入をお願いします。

こちらの欄に関しては、正確な情報が分からないようであれば空欄でも構いません。

（記入上の注意事項）

1. この書類は、介護保険居宅サービス等利用者負担金助成を受けるために必要なものですから正確にありのままを記入してください。（記入は太枠内です。太枠以外は記入する必要はありません。）
2. 世帯の収入等欄は、世帯全員の収入状況について、前年分を記載してください。（ABCDについて該当する項目全てについて記載してください。）