

第4号様式

生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		性別	
生年月日		電話番号	
住所			
利用者負担額軽減申請理由	新規・更新・再交付 (再交付の理由 紛失・破損・その他)		
世帯員 (本人を除く)	氏名	生年月日	続柄
<p>(宛先) 大田区長</p> <p>上記のとおり 介護保険サービス提供事業者 による生計困難者等に対する利用者負担額 社会福祉法人等</p> <p>の軽減対象の確認を、申請します。 なお、この申請の決定に必要な大田区が保有する個人情報を利用することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒</p> <p>氏名 電話番号</p>			

区記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(世帯の所得状況を把握)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

## 収入及び預貯金申告書

年 月 日

(宛先) 大田区長

氏 名

( 被保険者番号 )  
 ( 生年月日 明・大・昭 年 月 日 )

年中の世帯の収入及び世帯の預貯金について、下記のとおり申告します。

1 世帯の収入			
	氏 名	種 類	金 額
世帯員			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
収入 計			円

2 世帯の預貯金	
種 類	金 額
	円
	円
	円
預貯金 計	円

- ※ 年金等決定額通知書、預金通帳等収入及び預貯金の状況が確認できる書類を添付すること。
- ※ 預貯金等については、有価証券及び債券についても記入すること。

資産及び扶養の有無に関する申告書

年 月 日

(宛先) 大田区長

氏名

被保険者番号

生年月日

年 月 日

年 月 日現在において、下記の事項について、相違ないことを申告  
します。

記

- 1 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
- 2 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。