

届出日: 令和 年 月 日

令和 年度大阪市生活支援型食事サービス利用者負担額軽減申告書 兼 所得調査同意書  
【令和 年 月 日～令和 年6月30日適用分】

大阪市生活支援型食事サービス利用者負担額軽減申告確認・同意事項

- 私は生活保護または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯ではありません。
- 大阪市生活支援型食事サービス利用者負担額軽減のために、私及び世帯員の収入の種類・収入・所得・課税状況を調査されることに同意します。なお、調査によっても所得等が不明の場合は関係書類を提出します。
- 申告内容に変更が生じたときは遅滞なく届け出ます。
- 申告内容に虚偽があったときは、軽減額を全額返還するとともに、食事サービスが廃止されても異議を申し立てません。

↓ 右詰でご記入ください。

		介護保険被保険者番号 (障がい利用者番号)							
利用者	住所	(〒 - )				大阪市処理欄			
						課税状況	所得金額		
	フリガナ								
	氏名		生年 月日	年	月	日	課税・非課税	円	
同居家族	フリガナ								
	氏名		生年 月日	年	月	日	課税・非課税	円	
	フリガナ								
	氏名		生年 月日	年	月	日	課税・非課税	円	
同居以外の 扶養親族	フリガナ								
	氏名		生年 月日	年	月	日	課税・非課税	円	
	住所	(〒 - )				合計所得金額		円	
							決定内容	可 ・ 不可	