

注意 ・生活保護を受給している方は個室の居住費（介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護に限る）に係る利用者負担額についてのみ軽減対象となります。

| 提出者                            |                                                                                                                                                                                                     | 委任状                         | 提出者の確認                                                                                                                                   |                             | 保険料滞納                       |                             | 養護老人ホームへの入所 |                             |                             |    |    |  |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|----|----|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人    | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 代理人<br><input type="checkbox"/> 事業所<br><input type="checkbox"/> 成年後見人<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |             |                             |                             |    |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> 家族・親族 |                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし |                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> あり |                             |                             |             |                             | <input type="checkbox"/> あり |    |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> 代理人   |                                                                                                                                                                                                     | 提出方法                        |                                                                                                                                          | 生活保護受給者                     |                             | 収入確認等に係る書類等の写し              |             |                             |                             |    |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> 事業所   |                                                                                                                                                                                                     |                             |                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> 成年後見人 |                                                                                                                                                                                                     |                             |                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 窓口 |                             |                             |             | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |    |    |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> 郵送                                                                                                                                                                         | 備考                          |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| 適用年月日                          |                                                                                                                                                                                                     |                             |                                                                                                                                          |                             | 負担割合                        |                             | 課長          | 課長代理                        | 係長                          | 係員 | 入力 |  |  |
| 令和 年 月 日                       | <input type="checkbox"/> 4分の1 (25%)                                                                                                                                                                 | 決<br>裁<br>欄                 |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| から                             | <input type="checkbox"/> 2分の1 (50%)                                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| 令和 年 月 日                       | <input type="checkbox"/> 10分の10 (100%)                                                                                                                                                              |                             |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
|                                | (生活保護受給者)                                                                                                                                                                                           |                             |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| 決定                             |                                                                                                                                                                                                     | 交付年月日                       |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |
| 承認・却下                          |                                                                                                                                                                                                     | 令和 年 月 日                    |                                                                                                                                          |                             |                             |                             |             |                             |                             |    |    |  |  |

# 収入等申告書

## 1 収入等の状況

- ☐世帯全員が市民税非課税（生活保護受給者以外）
- ☐生活保護受給者（次の2～5については、記載する必要はありません。）
- ☐その他（

## 2 世帯の収入

| 有無                         | 氏 名 | 年 齢 | 収入の種類 | 収入年額 |
|----------------------------|-----|-----|-------|------|
| <input type="checkbox"/> 有 |     |     |       | 円    |
|                            |     |     |       | 円    |
| <input type="checkbox"/> 無 |     |     |       | 円    |

## 3 世帯の預貯金等状況

| 区分  | 有無                         | 内 容     |      |
|-----|----------------------------|---------|------|
| 預貯金 | <input type="checkbox"/> 有 | 預 貯 金 先 | 預貯金額 |
|     |                            | 〔 支店〕   | 円    |
|     |                            | 〔 支店〕   | 円    |
|     | <input type="checkbox"/> 無 | 〔 支店〕   | 円    |
| 国債等 | <input type="checkbox"/> 有 | 種 類     | 額面金額 |
|     | <input type="checkbox"/> 無 |         | 円    |
|     |                            |         | 円    |

## 4 被保険者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
- ☐ 扶養親族となっている。
- ☐ 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
- ☐ 扶養親族となっている。
- ☐ 扶養親族となっていない。

## 5 世帯の不動産保有状況

- 居住用以外の処分可能な土地もしくは家屋を、
- ☐ 所有している。
- ☐ 所有していない。