

収入等申告書

(社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書 添付)
※以下の要件のすべてに該当する方が軽減制度の対象となります。

介護保険 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請にあたり、その対象要件について、事実のとおり以下に申告します。

本人又は申請者氏名（自署）

1 世帯員の収入状況及び預貯金等

氏 名	続柄	年間収入額	預貯金額	有価証券
年間収入等合計額		注1	注2	注3

※注

- 1) 収入については、収入額がわかる書類を添付してください。(150 万円以下の方が対象となります。世帯員 1 人増えるごとに 50 万円を加えた額まで対象です。)
- 2) 預貯金額については、通帳の写しを添付してください。(350 万円以下の方が対象となります。世帯員 1 人増えるごとに 100 万円を加えた額まで対象です。)
- 3) 有価証券を所有している場合は、その金額が確認できるものを提示してください。(写し添付可) 所有していない場合は、なしと記入してください。

2 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ません。

3 負担能力のある親族等に扶養されていません。

4 介護保険料を滞納していません。