

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書【記入例】

2020 年 7 月 × 日

町田市長 様

・以下のとおり申請をいたします。

申請区分	新規 <input checked="" type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 再交付	被保険者番号	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3									
フリガナ	カイゴ タロウ	個人番号										
被保険者氏名	介護 太郎	生年月日	明・大	<input checked="" type="radio"/> 昭	2	年	4	月	8	日		
住所	〒194-8520 町田市森野2-2-22 町田荘102										性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	連絡先 042-724-4366											
該当条件	<input checked="" type="radio"/> 1 生計が困難であるため <input type="radio"/> 2 生活保護を受給しているため <input type="radio"/> 3 老齢福祉年金を受給しているため											
申請者	氏名	介護 一郎			連絡先	042-724-XXXX						
	本人との関係	長男			申請者が本人の場合は記入不要です。							

・町田市記入欄（職員が記入をする欄となりますので、記入しないでください。）

対象者チェック				備考	
生活保護		老齢福祉年金			
収入要件		保険料滞納			
預貯金要件		被扶養対象			
課税対象		資産の有無		年金収入	
旧措置対象		判定結果		所得金額	

【裏面の申告書も記入してください。】

収入及び預貯金等申告書【記入例】

2020 年 7 月 × 日

町田市長 様

被保険者氏名 **介護 太郎**

2019 年中の世帯の収入及び世帯の預貯金額等について下記のとおり申告します。

1 世帯の収入

世帯員氏名	収入種類	金額	
介護 太郎	年金 ・ 給与 ・ 仕送り ・ その他	700,000	円
介護 太郎	年金 ・ 給与 ・ 仕送り ・ その他	200,000	円
介護 花子	年金 ・ 給与 ・ 仕送り ・ その他	400,000	円
	年金 ・ 給与 ・ 仕送り ・ その他		円
収入の合計		1,300,000	円

※源泉徴収票の写しなど収入が確認できる書類を添付してください。

2 世帯の預貯金等

世帯員氏名	金融機関名	種類	金額	
介護 太郎	町田銀行	1 預貯金 2 有価証券・債権等	1,500,000	円
介護 花子	成瀬信用金庫	1 預貯金 2 有価証券・債権等	600,000	円
		1 預貯金 2 有価証券・債権等		円
		1 預貯金 2 有価証券・債権等		円
預貯金等の合計			2,100,000	円

※預貯金通帳の写しなど預貯金等が確認できる書類を添付してください。

3 扶養等の状況（どちらかに○）

市都民税課税者の住民税控除対象となる被扶養者や医療保険における被扶養者となっていますか？	はい ・ いいえ
--	-----------------

4 資産の有無（どちらかに○）

日常生活のために必要な資産以外に利用しうる資産を所有していますか？	はい ・ いいえ
-----------------------------------	-----------------

※成年後見人の方が申告される場合は、登記事項証明書（写し）を添付してください。