

生活困窮者減免 状況申告書

加古川市長様

介護保険料減免申請にあわせ、次のとおり申告します。なお、申告内容と事実と相違があったときは、処分を受けたり、減免を取り消されても、異議を申し立てません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

代理申請の場合

続柄

代筆者氏名 _____ 本人の

1. 世帯員(本人を含む。以下同じ。)の収入について ※世帯全員記入ください

世帯員氏名	年間収入額	収入の内容
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)
		遺族年金を受給して(いる ・ いない)
		障害年金を受給して(いる ・ いない)

2. 世帯員が住居以外に土地・建物を所有して (いる ・ いない)

所有している場合

所有している者 _____ 地番 _____ 物件の種類 _____

3. 世帯員の預貯金等の合計額が、単身世帯で350万円(一人増えるごとに100万円加算)を超えて

(いる ・ いない)

4. 住民票では別世帯であるが、市町村民税課税者(親族・知人等)と生計を共にして (いる ・ いない)

親族住所 _____ 親族氏名 _____

5. 世帯員が市町村民税を課税されている親族の扶養控除の対象となって (いる ・ いない)

親族住所 _____ 親族氏名 _____

世帯員の収入 ※ 以下は記入しないでください。

前年1月～12月の収入 今年1月～12月収入(世帯員の死亡のため 世帯員の退職のため)