

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

平成 年 月 日

申請者 (被保険者)	氏名	印						生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者番号							介護保険者証に記載あり	
	個人番号								
住所	〒						電話番号 ()		
家族構成	世帯主氏名							生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	世帯員氏名							生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
								生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
								生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
								生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
申出者	氏名	印 (申請者との関係)							
	住所								

1. 前年（前々年）又は申請月の前3ヶ月間の世帯の全収入を記入してください。

(該当する□を✓でチェックする)

世帯員の収入状況	□前年（□前々年）の収入	収入のある世帯員氏名	(申請者本人)	(収入のある世帯員)	(収入のある世帯員)
		公的年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 普通恩給 円	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 普通恩給 円	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 退職年金 <input type="checkbox"/> 普通恩給 円	
福祉年金等 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 円	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 円	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 各種手当 円			
□前3ヶ月の収入	給与収入	円	円	円	
	事業収入等 (家賃・地代等)	円	円	円	
	仕送り	円	円	円	
	合計	円			
その他 (預貯金額等)		円	円	円	

(1) 年金等の収入がある人……前年中の「年金額振込通知書」又は、「年金額改定通知書」の写しを添付してください。

(2) 事業収入・不動産収入など、年金以外の収入がある人……確定申告書に添付した「収支報告書」、無い場合は、通帳など額が分かるものの写しを添付してください。

(3) 次の記入欄も記入してください。無い場合は、無しと記入してください。

2. 給与・年金以外で、営業、家賃、地代、譲渡など1年間（1月から12月まで）のすべての収入を記入してください。

収入のある人の名前	収入の内容	金額	支払者名
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

3. 世帯外の人からの仕送りなど、経済的な援助の状況について記入してください。

項目	あなたの世帯員 (同居者) 以外からの援助 ※該当に○	援助してくれる人の住所、氏名、続柄等		
		氏名	住所	続柄
(1) あなたの世帯への仕送り	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/>			
(2) 市町村民税であなたの扶養者になっている人	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/>			
(3) 健康保険証の名義人	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/>			
(4) 住所の名義人 (所有名義、賃貸借名義)	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/>			
(5) 公共料金（電気・ガス・水道）の負担	1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/>			
生活保護を受けていない理由				

新川地域介護保険組合処理確認欄（この欄は、記入しないでください）

理事長	収入役	事務局長	課長	審査	回議	主務

助成対象者として認定する。

助成の対象者としない。

収入	合計	円	公的年	円	給与	円
			福祉年	円	仕送り	円
			事業	円	預貯金	円
	基準額		年額	円	3ヶ月	円
扶養	<input type="checkbox"/> 扶養者有り <input type="checkbox"/> 税控除者あり <input type="checkbox"/> 健康保険扶養者有り <input type="checkbox"/> 扶養者無し <input type="checkbox"/> 公共料金負担者有り				保険料	
					<input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 滞納無し	

様式第2号

平成 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
理事長 様

被保険者 氏名 印
(申請者)

申出者 住所
氏名 印
(被保険者との関係)

私には、下記の親族がありますが、下記の理由により援助を受けられませんのでお届けします。

氏名	印	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 電話番号 ()		
被保険者との関係			
援助できない理由			
氏名	印	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 電話番号 ()		
被保険者との関係			
援助できない理由			
氏名	印	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 ー 電話番号 ()		
被保険者との関係			
援助できない理由			

注) 被保険者の同居以外の子供全てを記入してください。

様式第3号

収入等調査同意書

平成 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
理事長 様

被保険者 氏名 印
(申請者)

申出者 住所

氏名 印

(被保険者との関係)

居宅サービス利用者負担軽減助成の認定要件確認のため、貴組合において、私が属する世帯の収入等について、税務部局及びその他の関係機関に照会することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者 殿
(申請者)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
理事長

居宅サービス利用者負担軽減助成対象者決定通知書

平成 年 月 日付けで貴殿から申請のありました居宅サービス利用者負担軽減助成対象者認定申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定年月日	平成 年 月 日
決定事項	
1 認定する	認定番号 号 有効期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
2 認定しない	認定しない理由

居宅サービス利用者負担軽減助成費支給申請書

平成 年 月分～平成 年 月分

被保険者		被保険者番号														
		個人番号														
利用サービス	利用月	利用者負担額 (報酬の1割)		利用サービス	利用月	利用者負担額 (報酬の1割)										
								合 計								
利用者負担合計額 ア		高額介護サービス費 イ		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		ア-イ		助成申請額 左記の1/2								
円		円				円		円								
振込 依頼欄	金融機関名				支店名											
	ふりがな				口座番号											
	口座名義人															
<p>新川地域介護保険ケーブルテレビ事業組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>(被保険者)</p> <p>申出者氏名 印 (被保険者との関係)</p> <p>住 所 電 話 番 号</p>																

保険者記入欄

助成決定額 (支給額)		円		組 合 受 付 者		印		市 町 受 付 者		印	
支給額積算欄		高額介護サービス費		老 齡		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
		□15,000円 □24,600円 □37,200円		生 保		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
				世 帯		<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税					
				本 人		<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税					
事務局長	総務課長	審 査	要件確認	書類確認	回		議				

申請者 殿

新川地域介護保険ケーブルテレビ事業組合
理事長

居宅サービス利用者負担軽減助成費支給決定通知書

貴殿から「居宅サービス利用者負担軽減助成費交付申請書」により、申請の
あった助成費の支給額は、下記のとおりとする。

記

支給対象月	平成 年 月分 ~ 平成 年 月分
申請額	円
支給決定額	円
支給額算定基礎	高額介護サービス費 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (算式)
振込予定日	平成 年 月 日