

収入状況等申出書

(介護保険料特別減額申請書)

(あて先) 奈良市長

申出人 (被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

代筆者氏名 _____

(被保険者との続柄: _____)

連絡先 (電話) - -

私は、奈良市介護保険条例第10条第1項第5号の規定に該当すると見込まれます。下記の記載内容に相違なく、介護保険料の減額について申請します。

なお、奈良市が下記の記載内容 (私と私の属する世帯員等の収入・課税状況等、預貯金等) について、公募等により調査すること、又は銀行、郵便局等に報告を求めることに同意します。

1、被保険者本人の収入及び預貯金等の状況

前年中の収入の種類及び内容について記入	前年中の収入合計額	現在の預貯金等の額
<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他 ()	円	円

※仕送りがあるとき、仕送りする人の住所・氏名・続柄・連絡先を記入してください。

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 連絡先 _____

2、被保険者の家族 (被保険者以外の家族全員) の収入額及び預貯金等の状況

氏 名	続柄	収入の種類	前年中の収入合計額	現在の預貯金等の額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円

3、被保険者の生活状況

4、同じ住所地に、被保険者とは別世帯に親族がいる場合には、その世帯の世帯主の氏名・被保険者との続柄

(世帯主の氏名) _____ (被保険者との続柄) _____

(注) 裏面の申出書の書き方をよく読んで記入してください。

【添付書類】源泉徴収票 (年金又は給与)、年金証書、確定申告書等控、世帯員すべての預貯金通帳、医療保険被保険者証等

この申出書は、介護保険料の低所得者減免の申請をしようとする方が、下記に該当する場合、「介護保険料減免申請書」に添付する書類です。

下記の①か②のいずれかに該当し、③～⑥の全ての条件を満たされる方に、介護保険料の特別減額が受けられます。

- | |
|--|
| <p>① 介護保険料の所得段階区分が第1段階（生活保護受給者は除く。）、第2段階及び第3段階の世帯の前年収入合計額が60万円（1人増えるごとに25万円加算）以下である。</p> <p>② 介護保険料の所得段階区分が第2段階及び第3段階の世帯の前年収入合計額が120万円（1人増えるごとに50万円加算）以下である。</p> |
|--|

- | |
|---|
| <p>③ 被保険者が市町村民税課税者（被保険者とは別住所地に居住）に扶養されていないこと。</p> <p>④ 同じ住所地で、住民票上被保険者とは別世帯の市町村民税課税者がいて、この者と生計を共にしていないこと。</p> <p>⑤ 被保険者の属する世帯の預貯金等が、1人世帯につき120万円（世帯人数が1人増えるごとに50万円を加算した額）以下であること。</p> <p>⑥ 自助努力をしてもなお、生活が困窮している状態であること。</p> |
|---|

【申出書の書き方】

- (1) 申出人は被保険者です。被保険者が記入できない時は、被保険者の家族等が代筆して下さい。この場合、代筆者氏名及び被保険者との続柄を記入し、また、この申出書の内容について問い合わせることがありますので、連絡先を記入して下さい。
- (2) 「1 被保険者本人の収入等状況」欄には、減額の申請を行う被保険者の収入の種類をチェックし、前年中の収入の種類及び内容、前年中の収入合計額（仕送り等援助を受けている場合、仕送りの金額を含む。）及び現在の預貯金等の額を記入して下さい。
また、仕送りを受けている場合、誰から仕送りを受けているかを記入して下さい。
- (3) 「2 被保険者の家族の収入等状況」欄は、同じ世帯の世帯員の氏名・続柄・収入の種類、前年中の収入合計額及び預貯金等の額を各々記入して下さい。
- (4) 「3 被保険者の生活状況」欄には、「1」「2」欄の収入状況から、現在どのような生活を送っているかを経済的な面から詳しく記入して下さい。
- (5) 「4」欄には、同じ住所地（同じ地番、同じ敷地内など）に、被保険者とは別の世帯に親族がいる場合に、その世帯の世帯主名、被保険者との続柄を記入し、また世帯を分けている理由も記入して下さい。

《お 願 い》

減免決定の審査の際、申出書の記載事項について訪問調査を行い、改めてお聞きすることがありますのでご了承下さい。

【注 意 事 項】

この申出書の内容について、虚偽の申立てをしたときは、奈良市介護保険条例第17条の規定により、徴収を免れた金額の5倍に相当する金額以下の過料を科すこととなります。

(問い合わせ先) 〒630-8580 奈良市二条大路南一丁目1番1号
奈良市保健福祉部 介護福祉課 保険料係
電話 0742-34-5422(直通)