

介護保険利用者負担額減額・免除等申請に係る調書

年 月 日

府 中 市 長

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

府中市介護保険居宅介護サービス費等の額の特例による減免を受けたいので、次のとおり申告します。また、この審査にあたり、市が必要な公簿を確認することについて同意します。この申告事実が虚偽であって、府中市介護保険条例による介護保険利用者負担の減免を受けた場合は、減免の取り消しをされることを承知のうえで、事実と相違ないことを誓います。

1 世帯状況（住民票上同一世帯となっている方）

氏 名	続柄	年齢	職業	施設 入所	障害	氏 名	続柄	年齢	職業	施設 入所	障害
			有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	有・無
			有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	有・無
			有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	有・無
			有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	有・無

2 現在の収入状況（世帯員全員分を合算）

世帯 全体の 収入状況 (給与収入等) 3か月の		給与収入	年金収入	手 当	その他収入
	年 月	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円
	年 月	円	円	円	円
	月平均	円	円	円	円

世帯 全体の 収入状況 (事業収入) 3か月の		事業収入 (A)	必要経費 (B)	実収入 (A)-(B)
	年 月	円	円	円
	年 月	円	円	円
	年 月	円	円	円
	月平均	円	円	円

現在収入 月平均合計
円

3 過去の収入状況（世帯員全員分を合算 収入年： 年）

給 与 収 入 等		給与収入	年金収入	手 当	その他収入
	年収	円	円	円	円
	月平均	円	円	円	円

事 業 収 入		事業収入 (A)	必要経費 (B)	実収入 (A)-(B)
	年収	円	円	円
	月平均	円	円	円

過去収入 月平均合計
円

