

別記様式第2号（第4条関係）

介護保険料減免収入等申告書

串間市長 様

以下のとおり申告します。

申告者氏名	④	対象被保険者との関係	本人 その他（ ）
対象被保険者氏名		被保険者番号	

1. 収入状況（前年1月から12月までの1年間の収入状況を記入）

被保険者本人	収入の種類		収入額	
世帯員氏名	続柄	収入の有無	収入の種類	収入額
		有・無		
		有・無		
		有・無		
		有・無		
		有・無		
世帯の合計収入金額				

*被保険者本人及び世帯員の収入額が証明できるものを添付

*申請時の世帯員すべて記入すること

2. 預貯金の状況

預貯金の種類	金融機関名	預貯金の額

*申請時点の預貯金通帳のコピーを必ず添付

*被保険者及び世帯員すべての預貯金を記入すること

3. 住民税課税者からの扶養状況

親族等から扶養されている ・ 親族等から扶養されていない

親族等から扶養されている場合、扶養している方を以下に記入する

氏名	続柄	住所	課税状況
			課税・非課税
			課税・非課税
			課税・非課税
			課税・非課税

*扶養している方が世帯員以外の場合、扶養している方の課税状況が証明できるものを添付

4. 資産の状況（自己の居住用を除く）

資産を所有している ・ 資産を所有していない

資産を所有している場合、以下に記入する

地番	地目	処分状況
		処分可能 ・ 処分不可能
		処分可能 ・ 処分不可能
		処分可能 ・ 処分不可能
		処分可能 ・ 処分不可能
		処分可能 ・ 処分不可能

処分不可能な場合、不可能な理由を以下に記入