

フリガナ 被保険者氏名	ボンチ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	0	0
	盆地 太郎		生年月日	昭和○年○月○日								

住所	〒 885-○○○○ 都城市○○町○○-○○ 電話番号 0986-00-0000											
備考 (申請理由)	記入例:収入が少ないため。											

都城市長 様
前のおり社会福
なお、申請にかか
同意します。

対象者本人の住所・氏名を記入下さい。(窓口に来られた方ではありません。)
※介護者である親族またはそれに準じる方の「代筆」が可能です。

令和○年 ○月 ○日
〒 885-○○○○
住所 都城市○○町○○-○○
申請者 盆地 太郎 電話番号氏名 0986-00-0000

利用している事業所名（ 特別養護老人ホーム○○○ ）

		氏 名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけて下さい。
世帯構成	世帯主	住民票上の同居の家族(世帯員)全員の氏名・ 生年月日・性別等を記入下さい			
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日 年 月 日	備 考		
	所得の状況（生計中心者の所得状況等を把握）		減額の割合
適用年月日 年 月 日から	① 年間収入が単身世帯で 150 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 50 万円を加算した額以下であること	円	1 / 4
	② 預貯金等の額が単身世帯で 350 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 100 万円を加算した額以下であること	円	1 / 2
有効期限 年 7 月 3 1 日まで	③ 世帯がその居住用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと	有・無	1 / 4（居住費・滞在費のみ全額）
	④ 介護保険料の滞納がないこと	有・無	
決定通知	⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと	有・無	
	⑥ 生活保護受給者	有・無	
	⑦ 負担限度額認定を申請していること	有・無	