

[illegible]

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

	申請内容確認		広域連合決裁欄								
	市町村	広域	主務	所内合議	係長	課長	事務局長	連合長	起案	.	.
担当者印									決裁	.	.
									施行	.	.

北アルプス広域連合介護保険社会福祉法人等
利用者負担軽減事業の申請に伴う調査票

被保険者番号	
被保険者氏名	
下記の事項について、利用者負担軽減認定のため調査をすることに同意いたします。 また、調査内容について真実を申告いたします。 年 月 日 同意者氏名(続柄)	

○ 被保険者の状況		広域処理欄
住民税課税状況	①本人(課税 ・ 非課税) ②世帯(課税 ・ 非課税)	
要 介 護 度 *		
介護サービスの利用状況(月額)	利用額合計 円	
訪問介護 *		
通所介護 *		
短期入所 *		
介護老人福祉施設 *		
その他サービス *		
収入の状況(年額)	年額収入合計 円	
年金の種類		
年金収入		
不動産収入		
事業収入		
その他		
預貯金の状況	預貯金額合計 円	
銀行預金		
有価証券		
その他		
日常生活に供する資産以外の資産の有無 *	有 無	
負担能力のある親族等に扶養されているか *	いる いない	
加入医療保険 *		
独居・老人世帯の場合で緊急時の相談先 住所、氏名(続柄) *		

○ 世帯の状況 *	1 独居世帯 2 高齢者世帯 3 その他世帯	広域処理欄
世帯員数(申請者を含む) *	人	
生計中心者氏名 *		
世帯の収入状況(申請者以外全員)	年額収入合計 円	
世帯の預貯金状況(申請者以外全員)	預貯金額合計 円	
世帯認定等の特殊事情(生計中心者の転出等) *	「3 その他世帯」の場合、詳細に記載	
○ その他特記事項		
担当介護支援専門員所属事業所		
担当介護支援専門員氏名		
担当市町村名		
調査年月日		年 月 日
調査担当者氏名		
※「*」項目については、担当介護支援専門員からの聞き取り及び行政情報により確認。 ※「介護サービスの利用状況」は、前月のサービス利用者負担月額を記載。 入院等特殊な場合は、平均的利用者負担月額を記載。 ※「収入の状況」について、前年の状況によることが失業等で適当でない場合は、過去3か月の平均など聞き取り、年額換算で記載。 ※「預貯金の状況」について、預貯金額が確認できる書類(申請日から2か月前までの通帳の写し、取引明細など)を添付。		広域担当印