

介護保険サービス等利用費用負担軽減申請状況調査票

立川市長 殿

年 月 日

氏 名

印

※氏名が署名である場合は、押印は不要です。

私の世帯の状況等について、次のとおり申告します。

1 世帯員（住民票の同一世帯以外の同居の方を含む。）

氏 名	本人との 続柄	生 年 月 日	身体障害者手帳等	収入の 有無
		・ ・	(有 ・ 無 級)	有 ・ 無
		・ ・	(有 ・ 無 級)	有 ・ 無
		・ ・	(有 ・ 無 級)	有 ・ 無
		・ ・	(有 ・ 無 級)	有 ・ 無
		・ ・	(有 ・ 無 級)	有 ・ 無

2 生活保護法による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定する支援給付

☐ 受けていない ☐ 受けている

3 負担能力のある親族等からの扶養について

☐ 扶養されていない ☐ 扶養されている

（「扶養されている」場合）

扶養者氏名：

続柄：

扶養者の市民税の状況： ☐ 課税 ☐ 非課税

4 介護保険料の納付状況について

☐ 滞納していない ☐ 滞納している

5 日常生活に供する資産以外の活用できる資産について

☐ なし ☐ あり