

介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告書

松江市長 様

申告年月日 年 月 日

申告者（本人が18歳未満の場合保護者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※申告者の自書でない場合は、押印してください。

介護給付費等の支給決定等の際し、下記の介護保険受給等の有無について申告します。  
また、療養介護の医療型個別減免、施設入所支援の特別障害者特別給付費（補足給付）の算定等にあたり、次のとおり申告します。

1 介護保険受給等の状況について

介護保険受給の有無 要介護度（非該当・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5）	有 ・ 無
下記症状（介護保険対象となる疾病）の有無 ① 筋萎縮性側索硬化症 ② 後縦靭帯骨化症 ③ 骨折を伴う骨粗鬆症 ④ 多系統萎縮症 ⑤ 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等） ⑥ 脊髄小脳変性症 ⑦ 脊柱管狭窄症 ⑧ 早老症（ウエルナー症候群） ⑨ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑩ 脳血管疾患 ⑪ パーキンソン病関連疾患 ⑫ 閉塞性動脈硬化症 ⑬ 慢性関節リウマチ ⑭ 慢性閉塞性肺疾患 ⑮ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ⑯ がん（がん末期）	有 ・ 無
労働災害の有無	有 ・ 無
生活保護受給の有無	有 ・ 無

2 申請者（20歳未満の施設入所者の場合は保護者のうち収入の多い方）の収入の状況について

（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入・必要経費の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。