

(別添①)

文 書 番 号  
平 成 年 月

長様

(介護保険担当課御中)

市(町村)長

印

介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について(照会)

平成●●年度の特定入所者介護(予防)サービス費の利用者負担段階判定の資料として、次の者に係る平成▲▲年の非課税年金情報が必要です。貴市(区・町・村)が把握している直近の平成▲▲年の非課税年金情報(複数受給している場合は、その全て)に関して、折り返しご回答下さるようお願いします。また、次の者に係る非課税年金情報を貴市(区・町・村)が把握していない場合又は平成●●年の1月1日時点で貴市(区・町・村)内に住所が無い場合は、転入前住所の記入又は住民票の写しの送付をお願いいたします。

対 象 年	平 成 ▲ ▲ 年		
フリガナ 被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
現 住 所	-----		
貴管内住所 ( 任 意 )	-----		