

市記入欄(以下の二重枠線内は記入しないでください)

交付年月日	備考
平成 年 月 日	(所得分布の状況等の把握) 1. 世帯課税状況 平成 年度分 (課税 ・ 非課税) 第2段階判定基準額 円
適用年月日	2. 老齢福祉年金受給 (有 ・ 無)
平成 年 月 日	3. 生活保護受給 (有 ・ 無)
有効期限	4. 配偶者の課税状況 平成 年度分 (課税 ・ 非課税)
平成 年 月 日	5. 預貯金等の状況 _____ 円 (一定額以上 ・ 一定額以下)
	利用者負担段階判定結果 (1 2 3 4) 4段階の場合 特例減額措置の該当可能性 (有 ・ 無)

受付	受付日	受付者	入力日	入力者
高齢者総合支援課 ・ ()				