第　　　　　　号

　年　月　日

市（町村）長　様

（介護保険担当課御中）

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について（回答）**

**固定文言１＋編集１**

　照会年月日付けで照会がありました次の者に係る対象年の非課税年金情報について、以下のとおり回答します。

　（照会対象者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象年 |  |  | |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 |  | |
| 現住所 |  | | | |

　（回答欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 照会対象者に係る  非課税年金情報の有無 |  |  |

　（１）非課税年金情報「有」の場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎年金番号 |  | 情報作成年月日 |  | |
| 年金種別  （コード） |  | 年金保険者  （コード） |  | |
|  |  | |
| 支払額 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年の翌年の1月1日時点の当市（区・町・村）内における住所の有無 |  |

　（２）非課税年金情報「無」の場合又は対象年の翌年の1月1日時点の住所が「無」の場合

※ 以下に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。

|  |  |
| --- | --- |
| 転入前住所地 | 転入 |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |