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（照会）**

**固定文言１＋編集１**

　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、次の者に係る年１の非課税年金情報が必要ですので、貴市（区・町・村）が把握している直近の年２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、折り返しご回答くだ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年３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 |  |  | |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 |  |
| 現住所 |  | | |
| **固定文言２**  備　　　　　考 | **固定文言３＋編集２** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |