

長様

(介護保険担当課御中)

市 (区町村) 長

## 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)

令和 ●● 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、次の者に係る令和 ▲▲ 年の非課税年金情報が必要ですので、貴市 (区・町・村を含む。以下同じ。) が把握している直近の令和 ▲▲ 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が把握していない場合又は令和 ●● 年の1月1日時点で貴市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・令和 ▲▲ 年		
フリガナ	生年月日	明・大・昭	年 月 日
被保険者氏名	性 別	男	・ 女
現 住 所			
貴管内住所 ( 任 意 )			