

(別添②)

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(回答)

平成 年 月 日付けで照会がありました次の者に係る平成▲▲年の
非課税年金情報について、下記のとおり回答します。

(照会対象者)

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
住 所			

(回答欄)

照会対象者に係る 非課税年金情報の有無	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	平成 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	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

※ 下欄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	
	平成 年 月 日 転入