

認知症対応型共同生活介護家賃等助成事業軽減対象認定申請書

令和 年 月 日

長井市長 様

次のとおり関係書類を添えて、認知症対応型共同生活介護家賃等助成事業軽減対象認定を申請します。また、利用者の世帯に係る市民税課税台帳、その他課税状況及び利用者の介護保険情報を確認できる書類を閲覧することに同意します。

フリガナ												
被保険者氏名	被保険者番号											
	性 別 男 ・ 女											
	生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日											
住 所	〒 電話番号											
入所したグループホームの所在地及び名称	〒 電話番号											
入所年月日	昭・平・令 年 月 日	要介護 認定区分	要支援2・要介護（1・2・3・4・5）									
配偶者の有無	有・無 下記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ										生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏 名										課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税
	住 所	〒 電話番号										
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年間 80 万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年間 150 万円以下です。										
税法上の扶養者に関する申告	有・無	扶養者住所	氏名								続柄	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり										
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※	円					

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者氏名												電話番号(自宅・勤務先)	
申請者住所												本人との関係	

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。