

嬭恋村認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減認定申請書

年 月 日

嬭恋村長 あて

嬭恋村認知症対応型グループホーム利用者負担軽減補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて、標記補助金を申請します。

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		生年月日				年		月			日
住所	〒										
	連絡先										
入所事業所の所在地及び名称（※）	〒										
	連絡先										

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「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																				
	氏名																				
	生年月日											個人番号									
	住所	〒																			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒																			
課税状況	市町村民税			課税			・			非課税											

収入等に関する申告 <small>受給しているすべての遺族・障害年金の保険者に○をしてください。</small> ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○をしてください）		650万円（夫婦は1,650万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円を超え120万円以下です。（受給している年金に○をしてください）		550万円（夫婦は1,550万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○をしてください）		500万円（夫婦は1,500万円）以下	
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は基準以下です。 ※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)

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先	
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。
- 預貯金等については、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。
- 書き切れない場合は、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。
- 虚偽の申請により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。