

天草市認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者認定申請書

年 月 日

天草市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食材料費・家賃等に係る利用者負担軽減認定を申請します。

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号				
	被保険者氏名			個人番号				
		生年月日			性別			
		明・大・昭	年	月	日	男	・	女
	住所	〒						
		電話番号						
	入居した事業所の所在地及び名称	〒						
	電話番号							
入居年月日	昭・平・令	年	月	日				
課税状況	市町村民税		課税	・	非課税			

配 偶 者	配偶者の有無	有 ・ 無		※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係者も含まれます。				
	フリガナ			個人番号				
	氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日
	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のみ	〒						
課税状況	市町村民税		課税	・	非課税			

収 入 ・ 資 産	非課税年金受給の有無	有(遺族年金・障害年金) ・ 無		生活保護受給の有無	有 ・ 無			
	受給している年金の保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構		<input type="checkbox"/> 地方公務員共済	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済	<input type="checkbox"/> 私学共済		
	課税年金収入額+合計所得額+非課税年金収入額の合計)	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯で年額80万円以下		→	かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦で1,650万円)以下		
		<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯で年額80万円超120万円以下		→	かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦で1,550万円)以下		
		<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯で年額120万円超		→	かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦で1,500万円)以下		
	預貯金額	本人	円	配偶者	円	有価証券(評価概算額)	円	
その他(現金・負債を含む)	(種類:)	円	(種類:)	円				

送付先	申請結果の送付先	1. 被保険者本人の住所宛て 2. 事業所宛て 3. その他(宛名: 〒: 住所:)
-----	----------	---

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申 請 者	申請者氏名			本人との関係		
	申請者住所	〒		※ 事業所が提出する場合、事業所の所在地と名称 電話番号		

注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 偽りその他の不正行為によって負担軽減の助成を受けた場合には、既に助成した額の全部又は一部を返還していただきます。

※ 市 記 入 欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 同意書		<input type="checkbox"/> 通帳等の写し		
	介護度	認定期間 :		~		
	結果	<input type="checkbox"/> 該当 ()段階 (~)		<input type="checkbox"/> 非該当		
	本人	課税 ・ 非課税	配偶者	課税 ・ 非課税	世帯状況	課税 ・ 非課税
	合計資産状況	合計所得		課税年金額		
	非課税年金	有 ・ 無		※年金種類・収入額		

同意書

天草市長 様

天草市認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の収入・課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高等に係る必要な文書の閲覧、若しくは資料の提供を求めらるることに同意します。

また、天草市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名