

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減申請書

年 月 日

大郷町長 殿

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について承認を申請します。

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名	⑤	被保険者番号							
		性別	男 ・ 女						
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日								
住 所	電話番号								
入居（予定） 事業所	電話番号								
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	大正 ・ 昭和 年 月 日							
	住 所	電話番号							
	本年1月1日の住所	※現住所と異なる場合							
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税							
収入に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者であって、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80万円以下です。（該当する年金に○をつけてください。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。							受給している全ての年金の保険者に○をつけてください。 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"/>	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80万円を超えます。							
<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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。								
預貯金等に関する申告	預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債含む)	() *			
		円		円				円	

*内容を記入してください。

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減対象確認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。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について報告を求めることに同意の上、家賃等に係る負担軽減認定を申請します。

申請者氏名	連絡先電話番号
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また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所有している場合は、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。
- 虚偽の申告により、不正に大郷町認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減を受けた場合は、第12条の規定に基づき、軽減を受けた額を返還していただくことがあります。