

介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定申請書

(令和 年度分)

フリガナ					
被保険者氏名	個人番号				
	被保険者番号				
住所	〒444-01 額田郡幸田町大字 字		電話( ) —		
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女	
要介護等 認定期間	要介護度等	要支援 1 ・ 2 要介護 経過的 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

配偶者 及び 世帯員等 の氏名	区分	個人番号	氏名	住所	同居等の別
	配偶者 及び 世帯員等 の氏名 (生計同一者含む。)	配偶者			
1					同居・別居 同一敷地内
2					同居・別居 同一敷地内
3					同居・別居 同一敷地内
4					同居・別居 同一敷地内
5					同居・別居 同一敷地内
6					同居・別居 同一敷地内

(宛先) 幸田町長

上記のとおり介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定について、必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所  
申請者 氏名  
電話( ) —

㊟

税調査等 同意欄	<p>私は、幸田町長が受給資格確認のために関係者の所得状況等を調査すること、及び当該業務に関して住民票、市町村民税関係証明等の諸証明の申請権限を委任することに同意します。</p> <p>本人氏名</p>	㊟
-------------	---	---

保険者審査記入欄

世帯状況確認 住民票 その他	課税状況 課税・非課税	所得状況 限度内・限度以上 非課税年金等 有・無	税等納入状況 滞納 有・無 滞納税目( )	資格有無 該当 ・ 非該当
----------------------	----------------	--------------------------------	-----------------------------	------------------

(裏面)

**【介護保険利用者負担軽減措置対象者資格認定申請のできる方】**

- (1) 幸田町の介護保険の被保険者で要支援以上に認定されている方
- (2) 被保険者本人及び生計同一者の方すべてについて、今年度(申請月が4月から7月までは前年度)の市町村民税の非課税の方。なお、生計同一者とは、被保険者本人及び被保険者と同一世帯の方です。
- (3) 前年(利用月が1月から7月までは前々年)における被保険者及び生計同一者の収入額の合計が1,200,000円以下の方。なお、生計同一者が1名増えるごとに350,000円を加算した額になります。
- (4) 過去2年間において、被保険者及び生計同一者のすべての方について、町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税及び介護保険料において滞納がないこと。
- (5) 被保険者が生活保護を受けていないこと。

**【記入上の注意】**

- (1) 申請書は、当年8月から翌年7月分(当該年度)について資格認定を受けようとする方は、当年7月末までに本申請書により申請をしてください。ただし、当該年度の途中から新たに居宅サービスを利用することになった場合は、利用月の末日までに申請してください。
- (2) 配偶者及び世帯員等の氏名には、上記【介護保険利用者負担軽減措置対象者資格認定申請のできる方】の(2)に定められた方すべてについて記入してください。
- (3) この申請書に添付する書類
  - ア 介護保険利用者負担軽減に係る収入等申告書
  - イ 収入額等が分かる証書、預金通帳等の書類
  - ウ 介護保険被保険者証
- (4) 「税調査等同意欄」に同意の署名、押印がない場合、町が求める諸証明の添付が必要になる場合があります。