

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						個人番号										
被保険者氏名						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 style="text-align: right;">本人氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</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。

(宛先) 幸田町長

介護保険利用者負担軽減申請に係る被保険者及び世帯員等の収入状況等については、下記のとおり相違ありません。

被保険者 (申告者)	フリガナ		被保険者 番号																	
	氏名			印																

収入等の状況

区分	収入項目等																			
本人 (被保険者)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額				円									
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入													円			
	給与収入		円														円			
配偶者 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額				円									
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入													円			
	給与収入		円														円			
世帯員等 1 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額				円									
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入													円			
	給与収入		円														円			
世帯員等 2 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生			個人番号													
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円	総収入額				円									
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円														
			円	譲渡収入		円														
	営業・事業収入		円	その他の収入													円			
	給与収入		円														円			
総収入額											円									

注1 確定申告等で申告をしていない収入等がある場合は、年金・恩給証書、仕送り等の額が分かる入金通帳等の写しを添付してください。

2 本申告書の収入額欄には、基礎控除等の控除をする前の収入額を記入してください。

介護保険利用者負担軽減金支給申請書

(令和 年 月～令和 年 月)

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日			
住所		〒444-01 額田郡幸田町大字 字 電話( ) ー			
要介護等 認定期間		要介護度等 認定期間	要支援 1・2 要介護 経過的・1・2・3・4・5 年 月 日～ 年 月 日		
		個人番号	氏名	生年月日	性別 介護保険の被保険者の 場合の被保険者番号
世帯 構成	世帯主				
	世帯員				
(宛先) 幸田町長 上記のとおり介護保険利用者負担軽減金の支給申請をします。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話( ) ー					

介護保険利用者負担軽減金を下記の口座に振り込んでください。

利用者 負担軽減金 振込口座	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1普通 2当座	
	フリガナ	-----		
口座名義人				

保険者確認記入欄

資格者台帳 有・無	給付制限状況 有・無 給付割合	備考
--------------	-----------------------	----

-----被保険者名と振込先口座名義人が異なる場合は記入ください-----

委任状

令和 年 月 日

住所

氏名

印

私は、介護保険利用者負担軽減金の受領について、下記の者に委任いたします。

1、受領委任者 住所

氏名

印

2、受領口座 上記「利用者負担軽減金振込口座」のとおり