介護保険負担限度額認定申請書（市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

栃木県下野市長　坂村　哲也　様

次のとおり関係書類を添えて、市民税課税層における食費・居住費の特例減額措置を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | 性　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日（※） | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | （※）介護保険施設に入所していない場合は、特例  減額措置に該当しません。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居室の種別 | | １ ユニット型個室　２ ユニット型個室的多床室　３ 従来型個室　　４ 多床室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 氏名 | | | | | 続柄 | 種類 | | | | 金額 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | 年間収入 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | 年間収入 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | 年間収入 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | 年間収入 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯年間収入計 | | | | 円（Ａ） | | | 世帯預貯金等計 | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 施設における年間  自己負担見込額 | | | | 介護サービス自己負担額 | | | 食費 | | | | | | | | 居住費 | | | | | | | | | |
| 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 合計　　　　　　　　　 　　　 　円（Ｂ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （Ａ）－（Ｂ）＝ | | | |  | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 電話番号（自宅・勤務先） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意事項  （１）この申請書における「配偶者」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。  （２）世帯の預貯金等は、関係書類の写しを添付してください。  （３）施設における年間自己負担額は、契約書等により見込額がわかる箇所の写しを添付してください。  市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯収入  80万円以下 | | | 以上　・　以下 | | | | | 世帯預貯金等  450万円以下 | | | | | | | | 以上　・　以下 | | | | | | | | |
| 家屋他日常生活に必要な資産以外 | | | 有　・　無 | | | | | 介護保険料の滞納 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | 適用年月日 | | | 有効期限 | | | | | | | | 判定結果 | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 該当　・　非該当 | | | | | | | | |