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 |