

様式第3号（第5条関係）

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者認定申請書

フリガナ			
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月 日
住 所			
利用する事業所名			
利用開始年月日			
軽減申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者又は生活保護受給者 2 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの 3 市町村民税世帯非課税者であって、1及び2に該当する以外のもの		
<p>安来市長 様</p> <p>次のとおり認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減の対象者認定申請をするとともに、私及び世帯員並びに配偶者の市民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。</p> <p>また、この申請の結果について、市長が利用事業所に通知することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>			

【市町村記入欄】

交付年月日	備 考	
年 月 日	所得区分等の状況	
適用年月日	決定情報	承認する ・ 承認しない
年 月 日から	負担限度額	月額 円（日額 円）
有効期限	その他の状況	
年 月 日まで		

(裏面)

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		
	住 所	〒	連絡先
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	
	課税状況	市町村民税	課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者					
	<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の合計額が年額80万円以下です。					
	<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の合計額が年額80万円を超えます。					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。					
		預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・預金を含む)	円

※内容を記入してください

注意事項

- (1) 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又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 虚偽の申告により軽減を受けた場合には、軽減された額を返還していただくことがあります。