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）

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

鹿　沼　市　長　宛

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　ユニット型準個室　　３　従来型個室　　４　多床室 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 状 況 | フリガナ | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 配偶者氏名 | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者住所（※配偶者が同居でない場合のみ住所を記入）  〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 家族氏名 | | | | 家族氏名 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に  関する事項 | 世帯の年間収入（ア） | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 施設における年間自己負担額（イ）  （※夫婦双方が施設入所の場合は２人分を控除） | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 介護サービス自己負担 | ＋食 費 | ＋居住費 | | |
| （高額介護サービス費除く） |  |  | | |
| 差 引（ア－イ）  （※８０万円以下であることが要件） | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 の 預 貯 金 等 | | | | | 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 決定日 | 適用年月日 | 決定段階 |
| 令和  　　　　年　　月　　日 | 令和  　　　　年　　月　　日 | **該　当　・　非該当**  （第３段階） |

（２）世帯の年間収入や預貯金等は、別紙（収入申告書）に記入の上、関係書類等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、契約書等の疎明資料により算出し、その写しを添付してください。

（裏面）

|  |
| --- |
| **同　　意　　書**  鹿　沼　市　長　宛  　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。  また、鹿沼市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。  令和　　年　　　月　　　日  ＜本　人＞  　住　所    　氏　名  ＜配偶者＞  　住　所  氏　名 |

※本人又は配偶者が署名できない場合に代筆する場合には、それぞれの氏名の下の余白部分に代筆者の住所・氏名を署名してください。