

介護サービス利用料助成認定申請書

年 月 日

(宛先)

伊奈町長

伊奈町介護サービス利用料負担軽減事業実施要綱第6条に基づき、次の事項を承諾し、助成認定を申請します。

承諾事項

被保険者及びその属する世帯の世帯員並びにその配偶者の税情報並びに被保険者の遺族年金・障害年金情報を審査に利用することを承諾します。また、被保険者とその配偶者の資産情報を審査に利用することを承諾します。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名																				
生年月日		年		月		日														
住所	〒																			
		連絡先																		

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合には、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	
	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"/>	市町村民税世帯非課税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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額82万6,500円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	<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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額82万6,500円を超えます。 (受給している年金に○して下さい)				
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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかか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・負債を含む)	() ※ 円

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名		本人との関係
申請者住所		連絡先（自宅・勤務先）

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。