

様式第1号(第6条関係) 認知症対応型共同生活介護事業所家賃等軽減認定申請書

(申請先)

年 月 日

日向市長 様

次のとおり関係書類を添えて、認知症対応型共同生活介護事業所家賃等軽減を申請します。

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																		
入居した認知症対応型共同生活介護事業所の名称		連絡先																		
入居年月日		年	月	日																

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		年	月	日																
	住所		連絡先																		
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税																

収入・世帯状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税世帯であって（別世帯の配偶者も非課税であって）、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80万9,000円以下です。（受給している年金に○をしてください。） ※ 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。	受給している全ての年金の保険者に○してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済																		
生活保護・介護保険料の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護被保護者ではありません。 <input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納はありません。また、給付制限を受けていません。																			
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単身で650万円以下、夫婦で1,650万円以下です。 ※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 ※内容を記入してください。																			

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	連絡先 (自宅 ・ 携帯)
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」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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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上添付してください。

同意書

日向市長 様

認知症対応型共同生活介護事業所家賃等軽減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。)に私及び私の配偶者(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、報告を求めらるることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

日向市記入欄

1	非課税世帯(他世帯配偶者も非課税)である。	該当	・非該当
2	本人の収入等の合計が80万9,000円以下である。	該当	・非該当
3	生活保護被保護者でない。	該当	・非該当
4	預貯金等の合計が単身で650万円、夫婦で1,650万円以下である。	該当	・非該当
5	保険料の滞納がないこと。給付制限の措置を受けていない。	該当	・非該当
転入日		非課税年金調査 要・不要	<input type="checkbox"/> 年度途中の転入者(当該年1月1日以降)
徴収方法	特徴・普徴		<input type="checkbox"/> 徴収方法が普通徴収の人(住所地特例普徴は必ず調査)
認定日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 年度途中で2号被保険者になった人
申請者確認	マイナンバーカード・免許証・その他()		
結果	認定・却下	受付者	
適用日	年 月 日～ 年 月 日	入力確認	/