

小規模多機能型居宅介護利用者負担軽減確認申請書

年 月 日

(申請先) 阿賀町長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る軽減認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号		
被保険者氏名			性別	男・女	
生年月日					
住 所	〒959-		連絡先 - -		
利用する小規模多機能型居宅介護施設	〒959-		施設名: 連絡先 - -		

本人及び世帯員	氏 名	生年月日	性別	預貯金額	定期積立額等
世帯課税状況	町民税 課税 ・ 非課税	介護保険料滞納	有 ・ 無		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください)合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。	受給している全ての年金の保険者に○をしてください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください)合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。	

同意書

(宛先) 阿賀町長

小規模多機能型居宅介護利用者負担軽減確認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。)に私及び私の世帯員の課税状況及び保有する預貯金等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

住 所 阿賀町

氏 名

添付書類

①年間の年金収入額に記入した方で、**老齢福祉年金又は障害者年金又は遺族年金受給の方は**、収入要件を確認するため、年金証書又は年金支払通知の写しを添付してください。

※上記以外の年金(国民年金、厚生年金、その他)を受給されている方は書類の添付は不要です。

②預貯金残高・定期積立額に記入した方は、預貯金等要件を確認するために申請者及び世帯全員の方の預貯金通帳の写しを添付してください。

(申請日時点から概ね12ヶ月前までの預貯金、定期積立額の写しが必要となります。)

・申請書に上記①～②書類が添付されていなかった場合は、減免の対象とはなりませんのでご注意ください。