

訪問介護等利用者負担額助成認定申請書

(フリガナ) 被保険者氏名			保険者番号	2	3	2	1	7	3
			個人番号						
			被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別	男・女					
住所	〒 - (連絡先 - -)								
世帯の状況	氏名	生年月日	性別	個人番号					
同一敷地内に 居住する親族		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
居宅介護支援事業者名			担当ケアマネ						
利用(予定)訪問介護事業所名									
<p>江南市長</p> <p>上記のとおり訪問介護等利用者負担額助成認定を申請します。 なお、認定に必要な場合、私の世帯主及び世帯員並びに同一敷地内親族の住民税、 固定資産税に関する課税資料及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を 確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><被保険者></p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;"><同一敷地内に別世帯がある場合、その世帯主></p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>									
提出者	氏名		被保険者との関係						
	住所		連絡先						

* 裏面も記入欄あります

収入等申告書

江南市長

訪問介護等利用者負担額助成認定の申請にあたり、下記のとおり申告します。

氏名

① 収入の状況について

氏名		(申請者)	(同一敷地内に居住する親族)	(同一敷地内に居住する親族)
種類				
令和 年中 の 収入	年金等収入 (年金)	円	円	円
	不動産収入	円	円	円
	利子・配当収入	円	円	円
	その他の収入	円	円	円
合 計		円	円	円

※ 源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、その他の収入のわかる書類で確認してください。
 ※ 年金等収入は、年金及び給与の支払い額(控除前の額)を記入してください。また、遺族年金、障害年金などの非課税年金も含まれます。

② 預貯金等の状況について

氏名		(申請者)	(同一敷地内に居住する親族)	(同一敷地内に居住する親族)
種類				
	預貯金額	円	円	円
	有価証券 (評価概算額)	円	円	円
	その他 (現金・債権など)	円	円	円

③ 資産等の状況について

日常生活に供する資産(居住している戸屋及びその土地) 以外に活用できる資産がありますか	1. ある	2. なし
--	-------	-------

④ 扶養の状況について

税法上の扶養親族、 または健康保険にお ける被扶養者となっ ていますか	1. いる	住所		
		氏名	続柄	
	2. いない			

※処理欄

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード(写真あり) 介護支援専門員証・その他()
		介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券・ その他() ※2種類以上必要
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード(ただし氏名、住所などが住民票と一致 している場合)・その他()

受付者()