

様式第 1 号（第 5 条関係）

グループホーム入居者負担軽減申請書

年 月 日

東三河広域連合長 様

グループホーム入居者負担軽減の利用について、東三河広域連合グループホーム入居者負担軽減事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			被保険者本人との関係				
	氏 名							
	住 所	〒		電話番号（ ）				

被保険者	フリガナ			被保険者番号				
	氏 名							
	生年月日	大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒		電話番号（ ）				
	利用グループホーム	名称			入居（予定）日	年 月 日		
	要介護度	要支援 2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）						
	認定期間	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」については記載不要。				

配偶者（注 1）	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所 (被保険者と異なる場合記入)	〒		電話番号（ ）				
	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者（夫婦は配偶者も市町村民税非課税者）です。					
預貯金等に関する申告（注 2）	<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 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

注 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。  
注 2 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、そのすべてを提示してください。  
注 3 虚偽の申告により不正に利用者負担額の軽減を受けた場合には、既に軽減された金額の全部若しくは一部を返還していただくことがあります。

## 同意書

東三河広域連合長 様

グループホーム入居者負担軽減事業対象者決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、東三河広域連合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。

加えて、軽減対象者として決定があった際には、既に入居しているグループホームへ対象者決定の連絡を行うことに同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

同意書記入者が被保険者本人及び配偶者以外の場合には以下について記載してください。

※申請者と同一の場合は記入不要

フリガナ		被保険者本人との関係	
代筆者氏名			
住 所	〒 電話番号（ ）		

### 事務処理欄

確認項目	<input type="checkbox"/> 住民票状況（広域連合内在住） <input type="checkbox"/> 利用事業所状況（広域連合内所在） <input type="checkbox"/> 市町村民税課税状況 （ <input type="checkbox"/> 被保険者本人世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者） <input type="checkbox"/> 預貯金等の額	特記事項	確認者
確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		