

## 市町村民税課税世帯における食費・居住費の特例減額措置に係る資産等申告書

介護保険法施行規則第83条の6(第172条の2において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり申告をします。

### 1 申請者同一の世帯に属する者(又は属するとみなされる者(※))

氏名(フリガナ)	申請者との関係	性別	生年月日	住所・電話番号
		男女	明・大・昭 年 月 日	〒 TEL ( )
		男女	明・大・昭 年 月 日	〒 TEL ( )
		男女	明・大・昭 年 月 日	〒 TEL ( )
		男女	明・大・昭 年 月 日	〒 TEL ( )

※ 申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離をした場合において、それ以前に同世帯であった世帯に属する者をいいます。

### 2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

#### (1) 不動産

区分		延面積	所有者氏名	所在地	備考
土地	(1) 宅地 有無				
	(2) 田畑 その他 有無				
建物	(1) 居住用の持家 有無				
	(2) その他 有無				

#### (2) 現金及び預貯金等

現金	有・無	円			
預貯金	有・無	預貯金先	口座番号	口座名義	預貯金額(円)
有価証券	有・無	種類	額面(円)	評価概算額(円)	

(3) その他の資産

自動車	有・無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額(円)
		使用 未使用			
貴金属	有・無	品名			
その他 高価なもの	有・無	品名			

上記のとおり相違ありません。また、介護保険料の滞納はありません。

この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

遠軽町長 様

平成 年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(世帯員) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

注意事項

(1) 所有する資産については、下記に従って記入してください。

- ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- ② 不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。
- ③ 評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(2) 書ききれない場合は、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。

(3) 添付書類

- ① 入所し、又は入所する予定の施設における施設利用料、食費及び居住費について記載されている契約書などの写し
- ② 所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類
- ③ 預貯金通帳の写し

(4) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。

遠軽町記入欄

<input type="checkbox"/> 世帯構成員が二以上	<input type="checkbox"/> 利用者負担が第4段階	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所：多床室除く
<input type="checkbox"/> 入所者世帯分離の有無	有 (利用者負担第 段階：第3段階に変更あれば対象外) ・ 無	
<input type="checkbox"/> 世帯の年間収入額 A	万円	世帯全員の源泉徴収表・年金支払通知書・確定申告書等の写し及び所得証明書。仕送りや非課税年金は除く。公簿確認できる場合は省略可。
<input type="checkbox"/> 施設の利用者負担見込額 B	万円	施設の契約書の写し。
<input type="checkbox"/> A - B	万円	80万円以下となること。
<input type="checkbox"/> 現金・預貯金等の額	万円	世帯の合計が450万円以下であること。通帳の写し。
<input type="checkbox"/> 資産の有無	有 ・ 無	居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納の有無	有 ・ 無	1ヶ月でも滞納のないこと。分納や支払誓約をしている者などは個々の事情を勘案。
<input type="checkbox"/> 負担能力のある扶養者	有 ・ 無	負担能力のある親族等に扶養されていないこと。