

第1号様式（第5条関係）

介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書 新規 更新

年 月 日

藤 沢 市 長

次のとおり、介護保険居宅サービス等自己負担額助成の申請をします。また、私及び私の属する世帯員の収入、資産等は収入・資産等に係る申告書のとおりです。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	フリガナ		被保険者番号				
	氏 名						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	住 居	<input type="checkbox"/> 自己所有	<input type="checkbox"/> 借家		
	住 所	〒 - 電話番号		<input type="checkbox"/> 施設入所			

口 座 振 込 依 頼 欄	今回の申請で介護保険居宅サービス等自己負担額助成の認定を受けた場合、私に交付される助成金については、次の口座に振り込んでください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものととして取り扱ってください。					
	銀 行	本店	口座種目	口座番号		
	信用金庫	支店	普通預金 当座預金			
	信用組合	出張所				
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
口座名義人						

窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。）

氏名	電話番号
住所	本人との続柄

【市処理欄】

生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中	境界層措置の適用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	保険料滞納	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
資産基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	扶養基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
給付制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
収入額	世帯収入額	円	<input type="checkbox"/> 該当（判定額以下） <input type="checkbox"/> 非該当（判定額以上）
	判定額	基準額	1,200,000 円
	世帯員加算	円	世帯員1人増えるごとに60万円加算
	実賃料	円	上限70万円（2人以上世帯は上限90万円）
預貯金額	世帯預貯金額	円	<input type="checkbox"/> 該当（判定額以上） <input type="checkbox"/> 非該当（判定額以下）
	判定額	基準額	1,000,000 円
	世帯員加算	円	世帯員1人増えるごとに50万円加算
	合計	円	
決 定 区 分		適用開始年月日	有効期限
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当（ <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> ）		年 月 日	年 月 日
受 付	審 査		