

和光市介護保険利用料助成認定申請書

年 月 日

和光市長 様

申請者 住所
氏名
代理人 住所
氏名
連絡先

介護保険利用料の助成の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日
電 話 番 号	
介護保険被保険者番号	
要介護等の認定年月日	年 月 日
要介護等認定の期間	年 月 日から 年 月 日まで
要 介 護 度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
介護保険料の所得段階	第1段階・第2段階・第3段階

備考

- 1 要介護度及び介護保険料の所得段階に○を付けてください。
- 2 介護保険料の所得段階は次のとおりです。なお、申請月が4月から7月までの場合には前年度の、8月から翌年3月までの場合には当年度の所得段階をご記入ください。
 - (1) 第1段階とは、次に掲げるいずれかの者をいう。
 - ア 認定を受けようとする者が老齢福祉年金受給者で市町村民税非課税世帯に属しているもの。
 - イ 認定を受けようとする者が市町村民税非課税世帯に属していて、その者が介護保険サービスを受けた月の属する年の前年(介護保険サービスを受けた月が1月から7月までの場合にあっては、前々年)中の課税年金収入額と合計所得金額との合計額が80.9万円以下のもので、かつ、ア又は被保護者に該当しないものをいう。
 - (2) 第2段階とは、認定を受けようとする者が市町村民税非課税世帯に属していて、課税年金収入額と合計所得金額との合計額が80.9万円を超えて120万円以下のものをいう。
 - (3) 第3段階とは、認定を受けようとする者が市町村民税非課税世帯に属していて、課税年金収入額と合計所得金額との合計額が120万円を超えるものをいう。