

柏市介護保険居宅サービス利用者負担金助成認定申請書

新規

再申請（転居・紛失・その他）

※太枠の中を記入してください

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		生年月日	M	・	T	・	S	年		月		日								
身体障害者手帳	あり（ ）級・なし																			
現在の居所	〒																			

①本人と生計を同一にする世帯員に関する申立（該当する者を下記に記入してください）

氏名	生年月日	本人との続柄	身体障害者手帳	注）本人と生計を同一にする世帯員
	T・S・H・R 年 月 日		級	・住民票の世帯は別々であっても、本人と同居している者
	T・S・H・R 年 月 日		級	・本人と同一の建物に居住し、台所、浴室、トイレ、電話等の設備を共有する者
	T・S・H・R 年 月 日		級	・本人と同一の建物に居住し、公共料金、食費等の生活費を本人と共に負担している者

②資産状況に関する申立

（1～4 全てに御記入ください）

- 活用できる資産（あり・なし）※株券・証券、居住家屋以外の不動産等
- 世帯員全員の現金及び預貯金の合計金額が（100万円以下・100万円超）
- 昨年中の世帯員全員の合計収入額（ ）円
※給与・営業・農業・年金（遺族・障害年金を含む）等すべての収入
- 現在居住している家屋（持家・借家）

柏市長 あて

上記のとおり、介護保険居宅サービス利用者負担金助成認定について、関係書類を添え申請します。また、この申請に伴い、柏市が保有する被保険者及び生計を同一にする世帯員についての市民税課税状況、また預貯金等の資産状況の調査を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

申請者

（被保険者本人）氏名

電話番号（ ）

※日中連絡がとれるところを記入してください

上記の申立について、虚偽又は不正があった場合は、助成金支給の認定を取り消し、支給した助成金の返還を求めることがあります。また、世帯員及び資産状況等について調査等を実施することがあります。

※ 柏市記入欄

要介護度	保険料滞納	給付制限	介護扶助	所得税課税者	備考
年 月 日 ～ 年 月 日 要（ ）	有 無	有 無	有 無	有 無	

認定結果

下記のとおり決定してよいか伺います。

受付印

- 対象である
有（R 年 月 日
～ R 年 月 日）
- 対象でない

令和 年 月 日

副参事	統括リーダー	担当リーダー	担当

（2024.2 改定）