様式第１号（第４条関係）

認知症対応型共同生活介護事業所家賃補助金受給資格認定申請書

年　　月　　日

甲賀市長　あて

甲賀市認知症対応型共同生活介護事業所家賃補助金交付要綱第４条第１項の規定により、標記の補助金を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 | | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |
| 入居事業所の名称 | | |  | | 入所契約書の写しを添付してください。 | |
|  | | | | | | |
| 配偶者の有無 | | | 有　・　無 | 左記において「無」の場合は、「配偶者に関する事項」欄は記入不要です。 | | |
| 配偶者に関する事項 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | |
| 住　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |
| 本年１月１日  現在の住所  （現住所と異なる場合） | | 〒 | | | |
| 市民税の課税状況 | | 課税　　　　・　　　　非課税 | | | |
|  | | | | | | |
| 収入等に  関する申告 | | □市民税世帯非課税者であって  　合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金（遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含む。以下同じ。）・障害年金）収入額の合計額が年額８０万円以下です。 | | | | |
| □市民税世帯非課税者であって  　合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額の合計額が年額８０万円を超え１２０万円以下です。 | | | | |
| 資産に  関する申告 | | □日常生活に供する資産以外に活用できる資産はありません。 | | | | |
| 扶養に  関する申告 | | □負担能力のある親族等に扶養されていません。  　※７４歳以下の方は医療保険証の写しを添付してください。 | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先電話番号 | |
| 申請者住所 | | 本人との関係 |

※注意事項

　（１）　この申請書における「配偶者」は、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

　（２）　虚偽の申告により不正に補助金の支給を受けた場合には、第１０条第３項の規定により支給された額を返還していただくことがあります。

　（３）　同意書（様式第２号）も必ず提出してください。提出がないと認定はできません。