

## 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。

フリガナ		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	フリガナ		
	氏 名		生年月日 年 月 日
	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	<input type="checkbox"/> 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82万6,500円以下です。
	<input type="checkbox"/> 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82万6,500円を超え120万円以下です。
資産に関する申告	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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

- 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。
- 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。
- 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。