

## 甲斐市介護保険通所サービス利用者食費負担額助成事業 認定申請書

代理申請者	※ 本人申請の場合記載不要 住所：甲斐市  電話番号： ( ) 氏名： (本人との関係： )	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。(家族の場合記載不要)  被保険者本人氏名： <div style="text-align: right;">⑩</div>
-------	---	-----	---

フリガナ		介護保険被保険者番号	
申請者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	〒400 - 甲斐市 電話番号 ( )		
負担助成申請理由	1 世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者 2 世帯全員が市民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下		
甲斐市長 保坂武殿 令和 年 月 日  上記のとおり、通所サービス利用者食費負担額助成認定の申請をします。			

※ 甲斐市記入欄

【 年度】通所サービス利用者食費負担額助成認定

利用者段階	段階	通所サービス	有・無	介護保険係	確認者
保険料未納	有・無	利用状況	施設名 ( )		
社福の減免	有・無	生活保護			

受付		決定年月日	年 月 日	長寿あんしん係	承認・不承認
		交付年月日	年 月 日		担当者
		適用年月日	年 月 日から 年 月 日まで		

# 介護保険通所サービス利用者食費負担額助成金事業

## 対 象 者

市内に在住し、介護認定を受けている65歳以上の在宅高齢者のうち、次の要件をすべて満たしている人

- (1) 通所介護サービス等を利用している
- (2) 世帯全員が市民税非課税で、老齢年金受給者または、世帯全員が市民税非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下
- (3) 介護保険料の滞納がない
- (4) 社会福祉法人等利用者負担額軽減(社福の減免)の対象でない
- (5) 生活保護を受けていない