様式第1号(第5条関係)

別紙Ｂ

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： ㊞

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介護保険法施行令第38条第1項第1号ハに掲げる金額以下		

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 利用状況	有　・　無 施設名(　　)	介護保険係	確認者
保険料未納	有・無				
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８２万６，５００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