

別記第1号様式（第6条関係）



荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減対象者認定申請書

フリガナ			被保険者番号
被保険者氏名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日		
利用施設	施設の種類 ※記入必須	①特養 ②老健 ③医療院 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小規模多機能 ⑦地域密着型特養 ※デイサービス事業所での宿泊サービスは対象外です。	
	名 称	電話番号 ()	
	所在地		
要介護認定	認定有効期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
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」については記載不要です。	
荒 川 区 長 殿			
上記及び裏面記載のとおり、関係書類を添えて、荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金に係る対象者認定の申請をします。			
なお、上記の認定に当たり、認定に必要な範囲内において、荒川区福祉部介護保険課が区の関係部課から個人情報を確認することに同意します。			
また、荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金交付要綱補助条件第2の規定により補助金の交付の決定を取り消した場合において、既に補助金が交付されているときは、すみやかに補助金を返還いたします。			
年 月 日			
<被保険者本人>			
住 所			
氏 名 ⑩ 電話番号 ()			
<配偶者>			
住 所			
氏 名 ⑩ 電話番号 ()			

(区担当者記入欄)

①特養 ②老健 ③医療院 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小多機 ⑦地密特養

利用者負担段階	第1段階 第2段階 第3段階 第4段階(本人非/課) (福・生) (世 500 以下/その他)	受理印
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
承認/不承認決定年月日	年 月 日	

配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	住所	連絡先 ()
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	
	課税状況	区市町村民税 課税 ・ 非課税

預貯金等に関する申告	☐		預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	〈被保険者〉 （金融機関名及び残額）	預貯金額		有価証券 （評価概算額）		※ （現金・負債を含む） その他	円
	〈配偶者〉 （金融機関名及び残額）	預貯金額		有価証券 （評価概算額）		※ （現金・負債を含む） その他	円

※内容を記入してください

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（自宅・携帯・勤務先）
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」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- （２）預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- （３）書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- （４）虚偽の申告により不正に食費居住費等負担額軽減補助金の支給を受けた場合には、荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金交付要綱第16条の規定に基づき、支給された額を返還していただくことがあります。