様式第１号（第４条関係）

茨木市認知症高齢者グループホーム利用負担軽減申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 性　　　　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 |  年　　　月　　　日 | 連絡先 |  |
| 住所 |  |
| 利用事業所名 |  |
| 要介護度 | 要支援２ ・ 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） |
| 認定期間 | 　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要。 |
| 負担限度の申請 | 有 ・ 無※「無」の場合は、「介護保険負担限度額認定申請書」の提出が必要。 |
| （申請先）茨木市長　茨木市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減を申請します。　上記対象要件の確認のため必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の金融機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残額について、報告を求めることに同意します。　また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。　　　　　年　　　　月　　　　日申請者　　　住　　所　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印配偶者　　　住　　所　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 負担限度申請 | 非該当　・　第１段階　・　第２段階　・第３段階 |