

神戸市介護保険 収入等申告書 (課税層における食費や居住費の特例軽減措置)

申請日	令和 年 月 日
保険者番号	被保険者番号
フリガナ	個人番号
被保険者氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者住所	〒 電話番号 - -
代筆者氏名	本人との関係
代筆者住所	〒 電話番号 - -
世帯員氏名 (被保険者以外)	世帯員住所
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	<input type="checkbox"/> 同上
	<input type="checkbox"/> 同上

※配偶者 (別世帯も含む) および、施設入所にあたり世帯分離した場合は、世帯分離前の世帯構成員を含む。

課税層の特例減額措置申告に必要な利用料に関する施設の証明欄

1. 利用者負担額 (年間見込額)

① 食費	② 居住費	③ 1割～3割負担	A.合計 (①+②+③)
円	円	円	円

※食費および居住費は、1日あたりの契約金額の365倍を記載してください。

※1割～3割負担は、高額介護サービス費控除後の金額で、12ヶ月分を見込んでください。

※この証明の申出のあった月に入所された場合は、別紙も記入してください。

2. 入所先居室の種類

- ユニット型個室 従来型個室 (老健・療養) 多床室
 ユニット型個室的多床室 従来型個室 (特養)

上記のとおりであることを証明いたします。

事業者番号 令和 年 月 日

施設の所在地

施設の名称

代表者(職)氏名

印

電話番号

課税層の特例減額措置にかかる被保険者の申告欄

被保険者の属する世帯および配偶者の収入・預貯金額・資産等の状況について、次のとおり申告します。申告内容は、事実と相違ありません。

また、申告内容の確認のために、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。申告書提出後、収入のある人が世帯に加わった等により、特例減額措置の要件を満たさなくなった場合は、すみやかに申告することを誓います。

※表面に記載した世帯構成員（被保険者・別世帯の配偶者も含む）の、申告日時点の収入および預貯金額等を記載してください。

1. 世帯および配偶者の収入状況（令和 年の収入等）

氏名	① 公的年金等の収入金額	② 合計所得金額	③長期譲渡所得または短期 譲渡所得に係る特別控除額	各個人合計 (①+②-③)
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

※②には、市民税の課税証明書等の合計所得金額から、公的年金等に係る雑所得を差し引いた金額を記してください。

B.合計 （上記、各個人合計の合計額）	円
----------------------------	---

2. 世帯および配偶者の預貯金等の状況

氏名	①預貯金額	②有価証券	③その他 (現金・負債等)	各個人合計 (①+②-③)
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

C.合計 （上記、各個人合計の合計額）	円
----------------------------	---

【収入要件確認】 ※82.65万円以下であれば該当（人数による加算なし）（R8.7月までは80.9万円以下）

B（ 円） - A（ 円） =（ 円） ≤ 82.65万円

【資産要件確認】 ※450万円以下であれば該当（人数による加算なし）

C（ 円） ≤ 450万円

3. 世帯および配偶者の資産状況（該当する場合は、チェックを入れてください）

- 私（被保険者）の世帯および配偶者は、自らの住まいなど、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産を保有していません。

4. 世帯および配偶者の保険料滞納状況（該当する場合は、チェックを入れてください）

- 私（被保険者）の世帯および配偶者は、介護保険料（第2号被保険者にあつては医療保険の保険料または掛金）を滞納していません。

【別紙】課税層の特例減額措置申告に必要な利用料に関する施設の証明欄

収入等の申告をされる方について、この証明の申出のあった月の初日、または申出のあった月に入所された場合は、入所日における居住費・食費ならびに介護報酬算定内容について証明をお願いいたします。

1. 施設が定める利用者負担第4段階の方の食費

食費（日額）	円/日
年間見込み額	円/年

※年間見込み額は、食費（日額）の365倍を記載してください。

2. 申出のあった方の利用する居室の種類

- ユニット型個室
- ユニット型個室的多床室
- 従来型個室（老健・療養）
- 従来型個室（特養）
- 多床室

3. 施設が定める利用者負担第4段階の方の居住費

居住費（日額）	円/日
年間見込み額	円/年

※上記2でチェックを入れた居室種類にかかる居住費を記載してください。

※年間見込み額は、居住費（日額）の365倍を記載してください。

4. 介護報酬算定内容【施設サービス等介護給付費明細書の内容】

--

※入所日における介護報酬算定内容を記載してください。