**市町村民税課税層に対する食費・居住費の特例減額措置申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 153619 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　 　年 　　月 　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 介護保険施設等の所在地及び名称 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所する居室の種別 | １　ユニット型個室　２　ユニット型準個室　３　従来型個室　４　多床室 |
| 入所年月日 |  　　　　　　年　　 月　 　日 |
| 　（あて先）田上町長　上記のとおり市町村民税課税層に対する食費・居住費の特例減額措置の申請をします。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

≪添付書類≫

○施設利用料関係

施設利用に関する契約書（写し）等の施設利用料がわかるもの

○年金収入

所得証明書、年金支払通知書、源泉徴収票、確定申告書の写し、振り込まれている金額が記載されている通帳、その他収入がわかるもの

○給与収入等

所得証明書、源泉徴収票、確定申告書の写し、その他収入がわかるもの

○預貯金額等

預貯金通帳、有価証券ほか