

# 名古屋市認知症高齢者グループホーム 居住費助成について

## 目次

第1	名古屋市認知症高齢者グループホーム 居住費助成について	.....	p. 1
第2	申請書記載例など	.....	p. 8
第3	利用者向け制度案内チラシ	.....	p. 13



# 名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成について

名古屋市では、平成 30 年 1 月より、新たに「名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成制度」を開始します。この制度の概要、助成の流れ等については次のとおりですのでご確認いただき、本制度の円滑な実施に向けてご協力いただきますようお願いいたします。

## 1 概要

認知症高齢者グループホームには、介護保険の負担限度額（居住費等の補足給付）のような低所得者のための負担軽減策がないことから、認知症高齢者グループホームに入居する低所得者に対して、本市独自の制度として居住費の一部助成を開始します。

## 2 助成対象者

本制度の対象になるのは、名古屋市の被保険者で、認知症高齢者グループホームを利用している、以下の①～③のすべての要件に該当する方です。

所得要件	<u>①市町村民税非課税世帯で、②本人の前年の合計所得金額と公的年金等の収入額及び非課税年金収入額の合計が 80 万円以下であること</u> ※別世帯に配偶者がいる場合は、その配偶者も市町村民税非課税であること
資産要件	<u>③預貯金等が一定額以下（単身で 1,000 万円、夫婦で 2,000 万円）であること</u>

## 3 助成費

助成対象者が負担する居住費（家賃・光熱水費）について、月額 20,000 円を上限に助成費を支給します。グループホームの利用日数が 1 か月に満たない場合等については、助成費は日割り計算をします。

## 4 開始時期

平成 30 年 1 月より、本制度を開始します(※)。ただし、助成対象者の認定申請は平成 29 年 11 月より、認定申請に対する決定及び助成認定証の交付は同年 12 月より、順次開始します。

※平成 30 年 1 月分以降の居住費に対して助成をするものです。

## 5 助成の方法

助成の方法は、原則として現物給付方式となります。

事業者の方は、助成対象者から助成認定証の提示があった場合は、居住費等を徴収する際にあらかじめ本制度による助成費分を差し引いた金額を対象者から徴収し、サービス提供月の翌月末日までに助成費の支給申請書を名古屋市へ提出してください。

名古屋市は、事業者から提出された支給申請書および国保連合会給付実績等より助成対象者のグループホーム利用日数を確認し、サービス提供月の2か月後（国保連審査の翌月）に事業者の指定する口座に助成費を振り込みます。

### 助成認定証見本

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成認定証							
交付年月日 平成30年X月X日							
被 保 険 者	番号 100XXXXXXXX						
	住所 名古屋市〇区〇〇 グループホーム〇〇〇〇						
	フリガナ ナゴヤ マルマル						
	氏名 名古屋 〇〇						
	生年月日 昭和 XX 年 XX 月 XX 日						
適用年月日 平成 30 年 1 月 1 日							
有効期限 平成 30 年 7 月 31 日							
助成内容	月額20,000円を上限に居住費を助成する。						
発行機関名 及び印	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </table> <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px 10px; margin-left: 10px;">印</span> 名古屋市長 河村 たかし	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X		

○証は黄色を予定しています。

○助成認定証は毎月必ず確認をしてください（所得更正や世帯異動により助成対象外となる可能性があるため）。あわせて、適用年月日、有効期限についても確認をしてください。

○助成認定証の有効期限は、原則、7月末となり、毎年、更新申請が必要です。

なお、助成対象者が介護保険料滞納により、支払い方法の変更の措置（償還払い化）を受けている場合については、現物給付にはなりませんのでご注意ください（この場合、事業者は助成費を差し引く前の居住費等を助成対象者から徴収してください。助成費は、助成対象者が名古屋市へ支給申請をすることにより、助成対象者に直接支払われます。）

また、次の場合は助成の対象になりませんので注意してください。

- ・生活保護または中国残留邦人等支援給付を受けている期間。
- ・介護保険料の滞納により給付額減額措置を受けている期間。

（注）介護保険料滞納による支払い方法の変更の措置、給付額減額措置を受ける場合は、その旨が介護保険被保険者証に記載されます。

## 6 助成費の計算方法

月額 20,000 円を上限として助成をします。ただし、居住費の1か月あたりの利用者負担額が 20,000 円に満たない場合は、かかった費用の実費相当分を助成します。

また、月途中でグループホームに入居・退去した場合や、入院などにより利用日数が1か月に満たない場合は、日割りにより助成費を計算します。

### 具体的な計算例

例	契約形態 ※1	居住費の額	日数 ※2	助成額
1	月額	家賃 50,000 円/月 光熱水費 10,000 円/月	30 日	20,000 円 (上限)
2	月額	家賃 50,000 円/月 光熱水費 10,000 円/月	7 日	$(50,000 \text{ 円} + 10,000 \text{ 円}) \div 30 \text{ 日} \times 7 \text{ 日} \Rightarrow 14,000 \text{ 円}$
3	日額	家賃 1,500 円/日 光熱水費 500 円/日	25 日	$(1,500 \text{ 円} + 500 \text{ 円}) \times 25 \text{ 日} \Rightarrow 20,000 \text{ 円 (上限)}$
4	日額	家賃 1,500 円/日 光熱水費 500 円/日	5 日	$(1,500 \text{ 円} + 500 \text{ 円}) \times 5 \text{ 日} \Rightarrow 10,000 \text{ 円}$
5	家賃と光熱水費が異なる	家賃 50,000 円/月 光熱水費 500 円/日	5 日	$(50,000 \text{ 円} + 500 \text{ 円} \times 30.4(\text{日})) \div 30 \text{ 日} \times 5 \text{ 日} \Rightarrow 10,866 \text{ 円}$ ※3
6	家賃と光熱水費が異なる	家賃 1,500/日 光熱水費 10,000 円/月	5 日	$(1,500 \text{ 円} \times 30.4(\text{日}) + 10,000 \text{ 円}) \div 30 \text{ 日} \times 5 \text{ 日} \Rightarrow 9,266 \text{ 円}$ ※3

※1 事業者と利用者との居住費に係る契約形態を言います。

※2 当該月において、グループホームを利用した日数を言います。(この表では 30 日の月を想定しています。)

※3 家賃と光熱水費の月額、日額が異なる場合は、日額設定としている方に「30.4(日)」を乗じた金額(端数切捨て)と月額設定の方を足した合計額を月額の居住費として計算します。

※ 日割り計算による助成費の端数は切り捨てます。

## 7 助成費支払いまでの流れ

サービス提供から、助成費の支払いまでの流れは以下のとおりです。

	～12月	1月	2月	3月
グループホーム事業者	②口座振替依頼書 (委任状)	③サービス提供	④介護給付費請求書 ⑤助成費支給申請書	(3月25日頃) (3月25日頃)
国保連合会			(2月10日まで)	介護報酬支払い
保険者(名古屋市) (市役所)			(2月末日まで)	⑥助成費の支払い及びお知らせの送付
(区役所・支所)	★ 認定証の交付			
助成対象者	①認定申請書、 家賃等確認書	助成の現物給付		

### ①認定申請（助成対象者）

助成対象者は、住所地の区役所福祉課または支所区民福祉課へ認定申請を行い、助成認定証の交付を受けます。事業者による申請書等の提出は可能です（申請者名は助成対象者本人の名前であることが必要）。認定申請の際、資産要件が確認できる書類等とあわせて、「名古屋市認知症高齢者グループホーム家賃等利用者負担額確認書」を提出します。

家賃等利用者負担額確認書のうち、居住費金額については事業者が記載し、事業者名の記載・押印等が必要です。また、居住費金額に変更がある場合、助成認定証の更新時には、その都度、家賃等利用者負担額確認書の提出が必要です。 **別添1**

### ②口座振替依頼書の提出（事業者） **別添2**

助成費の支払いは現物給付により事業者(法人)の口座へ振り込むため、「口座振替依頼書」をあらかじめ名古屋市介護保険課へ提出します。

※事業者(法人)の口座ではなく、事業所(施設)の口座等に助成費を振り込む場合は、あわせて「委任状」の提出が必要です。 **別添3**

### ③サービスの提供（事業者）

事業者は助成対象者にサービス提供を行い、助成費分を差し引いた助成費等を

助成対象者から徴収します。

※助成対象者あての請求書・領収書には、居住費助成分を差し引いて徴収していることがわかるよう、記載をしてください。

<記載例>

平成〇〇年〇月分家賃	50,000円
名古屋市グループホーム居住費助成分	▲20,000円
・	
・	
・	
<hr/>	
合計	～ 円

④介護報酬の請求（事業者）

事業者は、サービス提供の翌月10日までに国保連合会へ（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス費を請求します。

事業者の国保連合会への請求方法に変更はありませんが、給付費明細書「入居実日数欄」をもとに居住費の計算をしますので、誤りのないよう正確な日数を記載してください（入居実日数には、外泊期間や入院期間（入退院日は除く）は含みません）。

⑤助成費の請求（事業者）

事業者は、サービス提供月の翌月末日までに名古屋市介護保険課へ「名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成費支給申請書」を提出します（郵送可）。支給申請書は事業所単位で作成してください。別添4

要介護認定更新申請等により月遅れ請求を行う場合は、介護報酬の請求を行う月にあわせて、支給申請書を提出してください。

⑥助成費の支払い（名古屋市介護保険課）

名古屋市は、事業者から提出された支給申請書及び助成対象者の給付実績（利用日数等）を確認し、支給するべき助成費があれば、事業者の口座に振り込みます。あわせて、事業者あて「支払いのお知らせ」を送付します。

助成費の支払い時期は、国保連合会へ介護報酬を請求し、市介護保険課へ助成費支給申請書を提出した翌月の25日（休庁日の場合は翌開庁日）になります。いずれか一方のみの提出では、助成費は支払われませんので注意してください。

※注意点1 介護給付費の請求取下げについて

事業者が国保連合会へ給付費の請求取下げを行った場合、助成費の返還が必要かどうか確認するため、区役所より「給付費の再請求の予定」について電話等で確認をさせていただく場合があります。

給付費の再請求の予定がある場合（入居実日数に変更がない、または入居実日数に変更があるが助成額に変更がない場合）は、助成費の返還は不要ですが、助成額の返還が発生する場合は区役所から助成対象者へ返還を求める場合があります。

※注意点2 同一月に複数のグループホームを利用する場合

同じ月に、同一の助成対象者が複数のグループホームを利用する場合、原則として月の最初に利用した事業者に助成費を支払います。

## 8 制度周知の依頼について

グループホーム利用者へは、別途、郵送により制度の周知を行う予定ですが(※)、グループホーム事業者様からも、別添の助成対象者向けチラシを利用するなどし、貴事業所の利用者に対して制度の周知・申請の案内をしていただきますよう、ご協力お願いします。**別添5** →後日、NAGOYA かいごネットに掲載します。

(※)平成 29 年 9 月にグループホーム利用実績のある、名古屋市の被保険者すべての方に、チラシ及び助成認定申請に必要な書類一式を送付予定 (11 月 24 日頃)。

## 9 その他

本制度に関する情報や各種申請書様式等は、NAGOYA かいごネットへ掲載をしますので、ご活用ください。

(<http://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/>)

事業者向け>介護保険事業者の指定・登録>認知症高齢者グループホーム居住費助成

The screenshot shows a website interface with two main columns of links. The left column is titled '配食サービス指定事業者のページ' and contains links for '配食サービスの概要', '配食事業者の指定', '配食サービス費の請求手続', '諸様式のダウンロードコーナー', '指定配食事業者検索', and '配食サービスQ&A'. The right column is titled '名古屋市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度' and contains a link for '名古屋市介護保険福祉用具購入費受領委任払い制度'. Below these columns, there are two more sections: '福祉有償運送' with a link '福祉有償運送', and '認知症高齢者グループホーム居住費助成' with a link '認知症高齢者グループホーム居住費助成について'. A large callout bubble with a black border and a white background points to the '認知症高齢者グループホーム居住費助成' link, containing the text 'こちらに掲載予定'.

名古屋市役所介護保険課

TEL 052-972-2594

FAX 052-972-4147

Q:「預貯金等」には、どのようなものが含まれますか。また、どのように確認するのでしょうか。

A:以下の表のとおりです。

預貯金等に含まれるもの (資産性があり、換金性が高く、 価格評価が容易なものが対象)	確認方法 (価格評価を確認できる書類の 入が容易なものは添付を求めます)	※負債(借入金・住宅ローン など)は、預貯金等から 差し引いて計算します。 (借用証書などで確認) また、価格評価は、申請 日の直近 2 カ月以内の写 し等により行います。
預貯金(普通・定期)	通帳の写し (インターネットバンクであれば 口座残高ページの写し)	
有価証券(株式・国債・地方債・社 債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)	
金・銀(積立購入を含む)など、購 入先の口座残高によって時価評価額 が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)	※預貯金等に含まれない もの ・不動産(家屋・土地など) ・生命保険、自動車、腕時 計、宝石など時価評価額の 把握が難しい貴金属など ・絵画、骨董品、家財など
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口 座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)	
タンス預金(現金)	自己申告	

Q:非課税年金にはどのようなものが含まれますか。

A:以下の表のとおりです。

非課税年金に含まれるもの	非課税年金に含まれないもの
非課税年金とは、社会保険料を拠出した対価と して日本年金機構又は共済組合等(以下「年金 保険者」という。)から支払われる国民年金、 厚生年金、共済年金の各制度に基づく遺族年金・ 障害年金を指し、具体的には、年金保険者から 通知される振込通知書、支払通知書、改定通知 書などに「遺族」や「障害」が印字された年金 (遺族基礎年金、障害厚生年金など)のほか、 例えば「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺 児」と印字された年金も遺族年金として判定の 対象となります。	左記に該当しない年金のほか、弔慰金・給付金 などは、「遺族」や「障害」という単語がついた 名称であっても、判定の対象となりません。

(宛先) 名古屋市 北 区長

平成 29 年 12 月 〇〇 日

助成対象者の住所地の区を記載

名古屋市認知症高齢者グループホーム家賃等利用者負担額確認書 (兼受領委任申出書)

私が利用する認知症高齢者グループホームの家賃等負担額は下記のとおりです。また、助成費の請求及び受領については、下記事業者に委任します。

1 被保険者

被保険者番号	1	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者(委任者)氏名	名古屋 〇〇									印

～以下は、認知症高齢者グループホーム事業者が記載してください。

押印が必要です。

2 認知症高齢者グループホーム事業者

事業所番号	2	3	9	1	0	0	0	0	0	0
事業所名	グループホーム 〇〇〇〇									
事業者(受任者)	事業者の所在地・名称 (法人所在地) 〒 460 - 8508 <b>名古屋市中区三の丸三丁目1番1号</b> (法人名及び代表者名) <b>株式会社 〇〇 代表取締役 名古屋 ~ 印</b> 電話番号 <b>052 - 972 - 2594</b>									

必ず法人代表者印を押印してください。

3 家賃・光熱水費の金額

家賃	<input checked="" type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 日額	<b>60,000</b>	円
光熱水費	<input checked="" type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 日額	<b>15,000</b>	円
上記の家賃・光熱水費が適用される年月日	<b>平成 30 年 1 月 1 日</b>		

記載した家賃・光熱水費が適用される日(グループホーム入居日または家賃・光熱水費を変更する(した)日など)を記載してください。

家賃・光熱水費の金額について、付記すべき事項があれば記載してください。(特別な居住費の設定をしている場合など、上記項目に記載できない場合に記載してください)

(注意事項)

- ※記載事項、押印欄にもれがないか確認のうえ、提出してください。
- ※助成対象となる方が、保険料滞納により償還払い化の措置を受けている場合については、この様式ではなく、第4号様式「名古屋市認知症高齢者グループホーム家賃等利用者負担額確認書」を使用してください(記載していただく内容に変わりはありません)。

(提出先)

助成対象となる方の、住所地の区役所福祉課または支所区民福祉課へ提出してください。

(宛先) 名古屋市長

平成 29 年 12 月 〇〇 日

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成 口座振替依頼書

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成制度に基づく助成費は、下記の口座への振込を依頼します。

1 依頼人

法人名	株式会社 ○○○○	<b>必ず法人代表者印を 押印してください。</b>
フリガナ	カキコトリシメヤク コヤ〜	
依頼人(代表者)氏名	代表取締役 名古屋 ~	印
法人の所在地	〒 460 - 8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号	電話番号 052 - 972 - 2594

(注) 必ず押印してください。

2 振込先

○○○○	銀行 信用金庫 組合	○○○○	本店 支店 出張所	種目	1 普通預金	2 当座預金
金融機関 コード	1 2 3 4	店舗 コード	1 2 3	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	カキコトリシメヤク ○○○○ カキコトリシメヤク コヤ〜					
口座名義人	株式会社 ○○○○ 代表取締役 名古屋〜					

3 サービス事業所

**事業者(法人)の口座ではなく、事業所の口座等に振り込む場合は、別途委任状の提出が必要です。**

事業所番号	2 3 9 1 0 0 0 0 0 0
事業所名	グループホーム ○○○○○○
事業所代表者氏名	管理者 ○○ ○○
事業所の所在地	〒 460 - 8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話番号 052 - 972 - 2594

(注意事項)

- ※すべての項目に記載をし、名古屋市役所介護保険課へ提出してください。
- ※口座振替依頼書を提出後、内容に変更があった場合は、再度、名古屋市役所介護保険課へ口座振替依頼書を提出してください。

(提出先)

名古屋市役所介護保険課  
〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号  
TEL 052-972-2594  
FAX 052-972-4147

## 委任状

私は、都合により グループホーム〇〇 管理者□□◇◇ を代理人と定め、  
下記の権限を委任します。

## 記

- 1 名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成制度に基づく助成費の請求および受領に関する事項

委任期間 平成 **30** 年 **1** 月 **1** 日から

追って本委任状を解除する場合には、双方連署のうえ届出のない限りその効力のないことを誓約します。

委任者 法人の所在地及び名称

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 株式会社 〇〇

法人代表者職氏名

代表取締役 ◇◇ □□

事業者  
代表者印

印

上記委任の件、承諾しました。

受任者 事業所の所在地及び名称

名古屋市北区清水四丁目17番1号 グループホーム〇〇

事業所代表者職氏名

管理者 □□ ◇◇

事業所  
代表者印

印

(あて先)

名古屋市長

(宛先) 名古屋市長

**平成 30 年 2 月 〇〇 日**

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成費支給申請書(事業者用)

次の利用者にかかる **平成 30 年 1** 月分の名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成費について、下記のとおり申請します。

**居住費助成額は、上限を超える場合は20,000円を、超えない場合はその金額を記載してください(計算方法に注意してください)**

1 利用者

被保険者番号	利用者氏名	利用日数	居住費助成額
<b>100000000</b>	<b>名古屋 〇〇</b>	<b>30</b> 日	<b>20,000</b> 円
<b>100000001</b>	<b>愛知 〇〇</b>	<b>30</b> 日	<b>20,000</b> 円
<b>100000002</b>	<b>東海 〇〇</b>	<b>5</b> 日	<b>10,000</b> 円
		日	円
		日	円
合計(請求額)			<b>50,000</b> 円

2 申請者(事業者)

事業所番号	<b>2 3 9 1 0 0 0 0 0 0</b>
事業所名	<b>グループホーム 〇〇〇〇</b>
事業者	事業者の所在地・名称 (法人所在地) 〒 <b>460 - 8508</b> <b>名古屋市中区三の丸三丁目1番1号</b> (法人名及び代表者名) <b>株式会社 〇〇 代表取締役 名古屋 ~ 印</b> 電話番号 <b>052 - 972 - 2594</b>

**法人代表者印を押印してください。(注)**

**(注)あらかじめ委任状を提出している場合は、受任者欄に記載した住所・氏名および印鑑を使用してください。**

(注意事項)

- ※支給申請書は、グループホームごと、サービス提供年月ごとに作成してください。
- ※支給申請書は、サービス提供の翌月末日までに名古屋市介護保険課まで提出してください(郵送可)。(月遅れ請求になる場合は、介護報酬を請求する月にあわせて支給申請書を提出してください)。

(提出先) **名古屋市役所介護保険課指導係**  
**〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号** TEL **052-972-2594**  
 FAX **052-972-4147**



## 認知症高齢者グループホーム居住費助成がはじまります

○名古屋市では、平成 30 年 1 月から、認知症高齢者グループホームを利用する一定の所得要件等を満たす方に対して、居住費助成制度を開始します。

### 対象となる方

本制度の対象になるのは、名古屋市の被保険者で、認知症高齢者グループホームを利用している、以下の①～③のすべての要件に該当する方です。

所得要件	①市町村民税非課税世帯で、②本人の前年の合計所得金額と公的年金等の収入額及び非課税年金収入額の合計が 80 万円以下であること ※別世帯に配偶者がいる場合は、その配偶者も市町村民税非課税であること
資産要件	③預貯金等が一定額以下（単身で 1,000 万円、夫婦で 2,000 万円）であること

### 助成費

月額 20,000 円（上限）

平成 30 年 1 月分以降の、認知症高齢者グループホームにかかる居住費（家賃・光熱水費）に対して助成します。

### 申請方法

助成を受けようとする方は、あらかじめ住所地の区役所福祉課または支所区民福祉課へ申請を行い、助成認定証の交付を受けることが必要です。また、申請の際には以下の書類等を提出してください。

- ア 名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成認定申請書
- イ 金融機関等への調査にかかる同意書（アの裏面）
- ウ 預貯金額等内訳書
- エ 家賃等利用者負担額確認書（兼受領委任申出書）
- オ 預貯金通帳等の写し

※平成 30 年 1 月分から助成を受ける場合は、1 月末日までに申請が必要です。

### 助成方法

助成の対象となる方は、利用するグループホーム事業者にあらかじめ助成認定証を提示し、本制度による助成費分を差し引いた金額をグループホーム事業者へ支払ってください。

後日、名古屋市からグループホーム事業者へ助成費を支払います。

● お問い合わせ・ご相談は ●

本制度に関するお問い合わせは、住所地の区役所福祉課または支所区民福祉課へおたずね  
ください。

●千種区役所	TEL 753-1834	FAX 751-3120
●東区役所	TEL 934-1193	FAX 936-4303
●北区役所	TEL 917-6532	FAX 914-2100
●北区役所楠支所	TEL 901-2269	FAX 902-1843
●西区役所	TEL 523-4597	FAX 521-0067
●西区役所山田支所	TEL 501-4975	FAX 504-7409
●中村区役所	TEL 453-5366	FAX 453-8232
●中区役所	TEL 265-2321	FAX 241-6986
●昭和区役所	TEL 735-3913	FAX 731-8900
●瑞穂区役所	TEL 852-9394	FAX 851-1350
●熱田区役所	TEL 683-9405	FAX 682-0346
●中川区役所	TEL 363-4419	FAX 352-7824
●中川区役所富田支所	TEL 301-8376	FAX 301-8661
●港区役所	TEL 654-9692	FAX 651-1190
●港区役所南陽支所	TEL 301-8345	FAX 301-8411
●南区役所	TEL 823-9411	FAX 811-6366
●守山区役所	TEL 796-4605	FAX 793-1451
●守山区役所志段味支所	TEL 736-2192	FAX 736-4670
●緑区役所	TEL 625-3957	FAX 621-6841
●緑区役所徳重支所	TEL 875-2207	FAX 875-2215
●名東区役所	TEL 778-3045	FAX 774-2781
●天白区役所	TEL 807-3887	FAX 802-9726

太線の枠内だけご記入ください

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成認定申請書

参考資料

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	〒 電話番号 ( )		
入居した認知症高齢者グループホームの所在地及び名称	〒 電話番号 ( )		
入居年月日	平成 年 月 日		
被保険者の収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金を受給しています。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金（遺族年金※・障害年金）収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>（受給している年金に○印をつけてください。）</small> ※ 遺族年金については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

内容確認  入力確認

配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入は不要です。	
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
	同居・別居の別	同居・別居	左記において「同居」の場合は、以下の「住所」については、記入は不要です。
	住所	〒 電話番号 ( )	
	1月1日現在の住所（※現住所と異なる場合）	〒 電話番号 ( )	
課税状況	市町村民税	課税	・ 非課税

内容確認  入力確認

被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金及び有価証券等の合計額が1,000万円（夫婦で2,000万円）以下です。 ※別紙「預貯金額等内訳書」の①～③の金額を、以下にご記入下さい。			
	①預貯金額	円	②有価証券 （評価概算額）	円
			③その他 （現金・負債含む）	円

内容確認  入力確認

(宛先) 名古屋市 区長

上記のとおり、関係書類を添えて、名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成認定を申請します。  
 なお、認定に必要な場合、私の市町村民税に関する課税資料（私の世帯分を含む。）及び非課税年金情報を確認されることに同意します。

平成 年 月 日

住所

申請者  
(被保険者) 氏名

印 電話番号

- 注 1 配偶者については、別居している配偶者又は内縁関係にある方を含みます。
- 2 虚偽の申告により不正に本助成を受けた場合には、支給された額の返還を求める場合があります。
- 3 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、その全てを記入してください。
- 4 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別添してください。「銀行名・支店・口座番号・名義」及び「最終の残高（原則として申請日から2ヶ月以内の記帳が必要）」が分かる部分の両方の写しが必要です。
- 5 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入して添えてください。

裏面

区役所処理欄

表面申請について次のように決定してよろしいか					
決定区分	該当		非該当		受付
	<input type="checkbox"/> 老福受給＋世帯非課税 <input type="checkbox"/> 世帯非課税 ＋合計所得等80万円以下		<input type="checkbox"/> 合計所得等80万円超過 <input type="checkbox"/> 世帯課税(同一世帯内) <input type="checkbox"/> 世帯分離配偶者課税		<input type="checkbox"/> 預貯金等限度額超過 ⇒ <input type="checkbox"/> 単身超過 <input type="checkbox"/> 夫婦超過
決定年月日	平成	年	月	日	課長
適用年月日	平成	年	月	日	係長
				起案	担当
				決裁	

同意書

名古屋市認知症高齢者グループホーム居住費助成認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係にある者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

なお、貴市 区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成 年 月 日

(宛先) 名古屋市 区長

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

# 預貯金額等内訳書

被保険者番号

被保険者氏名

## 【①預貯金】

預貯金の有無	有 ・ 無	左記において被保険者本人、配偶者ともに「無」の場合は、以下の「預貯金に関する事項」については、記載不要です。			
預貯金に関する事項		名 義	銀 行 名	金 額 (円)	
	被 保 本 人 者				
	小計				A
	配 偶 者				
小計				B	

**①合計金額 (円)**  
: A + B

## 【②有価証券】

有価証券の有無	有 ・ 無	左記において被保険者本人、配偶者ともに「無」の場合は、以下の「有価証券に関する事項」については、記載不要です。			
有価証券に関する事項		名 義	会 社 名 ・ 銀 行 名	金 額 (円)	
	被 保 本 人 者				
	小計				C
	配 偶 者				
小計				D	

**②合計金額 (円)**  
: C + D

## 【③その他】

その他の有無	有 ・ 無	左記において被保険者本人、配偶者ともに「無」の場合は、以下の「その他に関する事項」については、記載不要です。			
その他に関する事項		名 義	内 容	金 額 (円)	
	被 保 本 人 者				
	小計				E
	配 偶 者				
小計				F	

**③合計金額 (円)**  
: E + F

合計金額 (A~Fの和)	内 訳	
	本人合計 (A+C+E)	配偶者合計 (B+D+F)

**※注意事項**

- 被保険者本人及びその配偶者が保有する**全て**の通帳等の金額を記載してください。
- 書ききれない場合は別紙等に記入してください。
- 預貯金等の具体例については裏面の「**預貯金等の一覧**」を参照してください。