

年 月 日

安八郡広域連合長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号	8																	
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	大・昭	年		月		日														
住 所	〒																			
	連絡先																			
入所（院）した介護 保険施設の所在地 及び名称（※）	〒																			
	連絡先																			
入所（院）年月日（※）		年		月		日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。													

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」についての記載は不要です。																			
配偶者に関する事項	フリガナ																				
	氏 名																				
	生年月日	大・昭	年		月		日	個人番号													
	住 所	〒																			
		連絡先																			
	本年1月1日 現在の住所	〒																			
課税状況	市町村民税 課 税 ・ 非課税																				

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※と障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。	
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金と障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円を超え、120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金と障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額120万円を超えます。	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別紙	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は、1000万円（夫婦は2000万円）以下です。	

*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・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

- (注意事項)
- 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。
 - 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
 - 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下さい。
 - 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【裏面にも記入して下さい→】

資産について ※生活保護受給中の方は、資産の詳細についての記載は不要です。

①預貯金等および現金
円

②有価証券等
円

③負債
円

※下記①～③各項目の合計を記載してください。

お持ちの通帳（定期預金等含む）や有価証券等について、全て記入し、通帳等の写しを添付してください。

①預貯金等および現金

※申請日直近の2か月間の写しを提出願います。

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号（一番左）を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名（ゆうちょ銀行の場合は記号）	口座番号（ゆうちょ銀行の場合は番号）	口座名義人（○で囲む）	残高（円）	町確認欄
1				本人 ・ 配偶者		
2				本人 ・ 配偶者		
3				本人 ・ 配偶者		
4				本人 ・ 配偶者		
5				本人 ・ 配偶者		
6				本人 ・ 配偶者		
7				本人 ・ 配偶者		
8				本人 ・ 配偶者		
9				本人 ・ 配偶者		
10				本人 ・ 配偶者		
現金等				本人		
				配偶者		
合 計					①	

②有価証券等

番号	金融機関等名	支店名	種別（株券や国債等）	口座名義人（○で囲む）	評価概算額（円）	町確認欄
1				本人 ・ 配偶者		
2				本人 ・ 配偶者		
合 計					②	

③負債

番号	貸主	名目	名義人（○で囲む）	残高	町確認欄
1			本人 ・ 配偶者		
2			本人 ・ 配偶者		
合 計					③

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。

同 意 書

安八郡広域連合長 様

介護保険負担限度額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高について、報告を求めることに同意します。

また、貴連合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

<被保険者本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

<代筆者> 被保険者本人との関係

住所

氏名

印

※被保険者本人及び配偶者が自筆できない場合は、この同意書に代筆者がすべて記入・押印して下さい。