

(申請先)

様 似 町 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。

被保険者に関する事項	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被保険者氏名		電話番号	- -
	住所		電話番号	- -
介護保険施設の住所及び名称 入所(院)年月日 ※施設入所しない場合は記入不要です。	入所年月日	年 月 日	電話番号	- -

配偶者の有無	有 ・ 無	※無の場合は以下記入不要です。	個人番号	
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	- -
	住所		市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
	本年1月1日現在の住所			

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有（遺族年金* / 障害年金） ・ 無 ※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。		
	被保険者の収入	<input type="checkbox"/> 第1段階	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
		<input type="checkbox"/> 第2段階	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額80万円以下です。 受給している全ての年金の保険者マルで囲んでください。	
		<input type="checkbox"/> 第3段階①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額120万円以下です。 ・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"/> 第3段階②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額120万円越えます。	

預貯金等に関する申告	被保険者(配偶者含む)の預貯金等	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準以下です。 ◎基準は下記のとおり。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。		
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円
		その他(現金・負債を含む) ※内容を記入して下さい。		

◎預貯金等の基準	65歳以上の かたの 預貯金等	第2段階	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円以下（夫婦は1,650万円以下）
		第3段階①	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円以下（夫婦は1,550万円以下）
		第3段階②	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円以下（夫婦は1,500万円以下）
	65歳未満のかたの 預貯金等	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円以下（夫婦は2,000万円以下）	

申請者氏名		電話番号	- -
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ください。
- 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ください。
- 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。

同意書

様似町長様

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。）に私及び私の配偶者（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、貴町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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名