

記入例

甲賀市長 あて

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	コウカ タロウ	被保険者番号	0 0 1 1 1 1 1 1 1 1
被保険者氏名	甲賀 太郎	個人番号	← マイナンバーは記入不要です。
		性別	男
生年月日	明 大・昭 10年 1月 1日生		
住所	水口町水口5605番地	電話番号	
介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム O△		施設入所の場合は、施設名と入所年月日を記入してください。 ショートステイの場合は、「ショートステイ」と記入してください。
入所(院)年月日(※)	平成29年5月12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、記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	コウカ ハナコ		
	氏名	甲賀 花子		
	生年月日	明・大・昭 5年 2月 3日	個人番号	← マイナンバーは記入不要です。
	住所	水口町水口5605番地	電話番号	65-0698
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	同上		配偶者の課税状況について、どちらかに○をしてください。
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	遺族年金や障害年金を受給しておられる場合は、受給されている年金の種別に○をしてください。			
	<input type="checkbox"/>	収入、預貯金等について、該当するものにチェックをつけてください。				
貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○をしてください。)				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○をしてください。)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②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。				
	預貯金額	1,200,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む)	(現金) ※ 20,000 円

全て記入してください。

申請者氏名	甲賀 一郎	電話番号(自宅・勤務先)	0748-65-0650
申請者住所	水口町水口6053番地	本人との関係	子

- 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戸籍関係の者を指します。
 - 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。
 - 虚偽の申請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。

裏面へ

同 意 書

甲賀市長 あて

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、貴市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。

令和3年 7月 5日

〈本人〉

住所 水口町水口5605番地

氏名 甲賀 太郎



〈配偶者〉

住所 水口町水口5605番地

氏名 甲賀 花子

