

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請日： 年 月 日

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						
被保険者氏名	印 *署名又は記名押印		個人番号						
生年月日	年	月	日	性別					
住 所	〒		-		電話番号 ( ) -				
介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒		-		電話番号 ( ) -				
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」については、記入不要です。					
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 -						
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)							
	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"/>	生活保護受給者			預貯金等の要件なし		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			単身 1,000 万円 (夫婦 2,000 万円) 以下		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税 世帯非課税	課税年金収入額 + その他の合計所得金額 + 非課税年金収入額 【遺族年金※・障害年金】 合計額	年額 80 万円以下	預貯金等の 基準額	単身 650 万円 (夫婦 1,650 万円) 以下	
	<input type="checkbox"/>		(受給している年金に ○してください) ※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。	年額 80 万円超 120 万円以下		単身 550 万円 (夫婦 1,550 万円) 以下	
<input type="checkbox"/>				年額 120 万円超		単身 500 万円 (夫婦 1,500 万円) 以下	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				65歳未満の人 単身 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下	
	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)	( ) ※	円 ※内容を記入してください

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。

裏面に続く

同意書

裏面

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\*署名又は記名押印

< 配偶者 >

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\*署名又は記名押印

(市記入欄)

本人の状況	・生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・市町村民税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 世帯非課税
配偶者の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（市町村民税非課税） <input type="checkbox"/> 有（市町村民税課税）
預貯金等	<input type="checkbox"/> 基準額 以下 <input type="checkbox"/> 基準額 超え
適否	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 4以上
認定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

決 裁 欄	起案	年 月 日	課長	課長補佐	係長	係員	担当者
	決裁	年 月 日					
	施行	年 月 日					