(申請先)

五泉市長 様

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 被保険者氏名	被保険者番号	
	個人番号	
生年月日	年 月 日	
住 所	〒 電話番号	
入所(院)した介護 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、 記載不要です。	
配偶者に関する 事項	フリガナ 氏 名	-----	
	生年月日	個人番号	
	住 所	〒 電話番号	
	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	☐	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				
	☐	③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80.9万円以下 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、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐	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80.9万円を超え、120万円以下 です。				
	☐	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。				
預貯金等 に関する申告	☐	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	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

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	電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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

五泉市長 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。

年 月 日

〈本人〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈配偶者〉

住 所 _____

氏 名 _____