

提出日を記入してください。

島田市長

記載例

R4年 6月 21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 | シマダ タロウ | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 被保険者氏名 | 島田 太郎 | 個人番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 生年月日 | 昭和16年 5月 5日 | 住所 | 島田市中河町 283 番地の 1 特別養護老人ホームはなみずき 連絡先 090-****-**** | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 島田市中河町 283 番地の 1 特別養護老人ホームはなみずき | 連絡先 | 090-****-**** | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 令和 2年 12月 5日 | (※)介護保険施設ショートステイ | | | | | | | | | | |

個人番号の確認及び身元の確認ができる書類をお持ちください。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------------------------|---------------|---------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 配偶者の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 | 無 | 左記において「無」の事項については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | シマダ ハナコ | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 島田 花子 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和20年 4月 5日 | 個人番号 | 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | 住所 | 島田市中央町 1 番の 1 | 連絡先 | 090-****-***** | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | |

遺族年金・障害年金を受給している場合は、その年金と保険者に○を付けてください。また、年金の種別、年金保険者、金額等がわかる書類をお持ちください。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|--|--|----------|---------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 収入額等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 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"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金、遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金及び遺児年金を含む。以下同じ。)及び障害年金の収入額並びに合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 | 遺族年金又は障害年金を受給している場合は、その年金及び保険者に○を付けてください。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税課税者であって、課税年金、遺族年金及び障害年金の収入額並びに合計所得金額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 | 日本年金機構 地方公務員共済組合 国家公務員共済組合 私学共済組合 | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金、遺族年金及び障害年金の収入額並びに合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等(以下「預貯金等という。」の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)を超えています。) | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 預貯金等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)を超え650万円(夫婦は1,650万円)以下です。 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 預貯金等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)を超え550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 1,000,000円 | 有価証券(評価概算額) | 700,000円 | その他(現金、負債を含む) | (現金)※ 200,000円 | | | | | | |

当てはまる欄にチェックを入れてください。

当てはまる欄にチェックを入れてください。

※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、申請者氏名 | 島田 花子 | 預貯金等の確認できる書類(例:通帳・証券)の原本をお持ちください。 | 連絡可能な電話番号) | 090-****-***** |
| 申請者住所 | 島田市中央町 1 番の 1 | 本人との関係 | 妻 | |

ご本人以外が申請される場合に記入をお願いします。

「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合に

日中連絡のつく電話番号(携帯電話など)をご記入ください

(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倍の返還を受けることがあります。

裏面あり

同 意 書

島田市長

介護保険負担限度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、島田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。

令和4年 6月 21日

日付を必ず記入してください。

<本 人>

住 所 島田市中河町283番地の1
特別養護老人ホームはなみずき

氏 名 島田 太郎

<配偶者>

住 所 島田市中央町1番の1

氏 名 島田 花子