

豊後大野市長 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。

フリガナ	フシゴ 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	豊後 太郎	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
生年月日	昭和7年7月7日	性別	男 ・ 女
住所	〒123-456 豊後大野市三重町市場△△△△番地	連絡先	0974-22-□□〇〇
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒456-789 豊後大野市大野町大野000番地 特別養護老人ホーム 豊後大野	連絡先	097-578-×××××
入所（院）年月日※2	令和元年12月2日	※1、2 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※3	※3 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	フシゴ ハナコ		
	氏名	豊後 ハナコ		
	生年月日	昭和8年8月8日	個人番号	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
	住所	〒 本人と同じ	連絡先	
	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"/>	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	受給している全ての年金の欄に○してください。  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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※4・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※4 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。			
	<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【遺族年金※4・障害年金】の収入額、その他の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。			
預貯金等に関する申告	<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【遺族年金※4・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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。）

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。

※5 内容を記入してください。

申請者氏名	豊後 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	000-0000-0000
申請者住所	豊後大野市清田町砂田00000番地	本人との関係	子

## 注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしていない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保有してください。

(3) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記

(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。

裏面もあります

しを添付して

同意書

豊後大野市長 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、豊後大野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年〇月〇日

<本人>

住所 豊後大野市三重町市場1200番地

氏名 豊後 太郎

<配偶者>

住所 本人と同じ

氏名 豊後 花子

※豊後大野市記載欄

決定区分等	<input type="checkbox"/> 第1階層 <input type="checkbox"/> 第2階層 <input type="checkbox"/> 第3階①層 <input type="checkbox"/> 第3階②層 <input type="checkbox"/> 非該当
非該当理由	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 本人・配偶者の資産の勘案等により <input type="checkbox"/> その他( )
決定年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
施設区分	<input type="checkbox"/> 老福 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養医療 <input type="checkbox"/> 短期生活 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> その他
備考欄	