

記入例

申請書

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	バンコ 知		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
生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日															
住 所	〒 8 7 9 - 7 1 9 8 豊後大野市三重町市場 1 2 0 0 番地 連絡先 0 9 7 4 - 2 2 - 1 0 0 1															
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称※1	〒 8 7 9 - 〇 〇 〇 〇 豊後大野市〇〇町〇〇 特別養護老人ホーム〇〇 連絡先 0 9 7 4 - 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇															
入所（院）年月日 ※2	令和 〇年 〇月 〇日					※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「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	ブンゴ ハコ																	
	氏 名	豊後 花子																	
	生 年 月 日	昭和○年○月○日							個人番号										
	住 所	同上														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	☐	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保険者に○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
	☐	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 80.9 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。				
	☒	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 80.9 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【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。				
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。）	（ ）※5 0 円	

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	豊後大野市〇〇町〇〇	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保有している場合は、すべて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旨を記載してください。
- (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。
- ※裏面もあります**

※裏面もあります

決定区分等	☐ 第1階層	☐ 第2階層	☐ 第3階①層	☐ 第3階②層	☐ 非該当
非該当事由	☐ 課税世帯 ☐ 配偶者課税 ☐ 本人・配偶者の資産の勘案等により ☐ 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	☐ 老福	☐ 老健	☐ 医療院	☐ 短期生活	☐ 短期療養 ☐ その他
備考欄					