

二戸地区広域行政事務組合管理者 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 被保険者氏名	保険者番号						
	被保険者番号						
	個人番号						
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女				
住所	〒						電話番号
介護保険施設所在地及び名称 （※）	〒					電話番号	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要。
入所（院）年月日（※）	年 月 日						

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、配偶者に関する事項は記入不要です。				
	フリガナ					生年月日	年 月 日生
	氏名						
	個人番号						
	住所	〒					
	本年1月1日の住所 ※上記住所と異なる場合は記入						
課税状況	市（区）町村民税 課税 ・ 非課税						

被保険者以外が申請する場合、下記について記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		
	電話番号		

<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または内縁関係の者も含まれます

【裏面も必ず記入してください】

※市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	（所得等の状況を状況記入） 1 非課税世帯であって高齢福祉年金受給者 2 生活保護の被保護者 3 市（区）町村民税世帯非課税であって、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80万円以下のもの 4 市（区）町村民税非課税者であって、「3」に該当しない者 5 市（区）町村民税課税世帯又は別世帯の配偶者が課税の者、一定額以上の預貯金等がある者 6 その他（ ）
有効期間	
年 月 日から 年 月 日まで	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市町村長 印

(裏面)

収入に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は市(区)町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者です。			
	<input type="checkbox"/>	市(区)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】収入額の合計が年額80万円以下です。		受給しているすべての年金の保険者に○をしてください。  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"/>	市(区)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】収入額の合計が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり			
	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) ※内容を記入してください

<注意事項>

- (2) 預貯金等を複数所有している場合は、所有するすべてを記入の上、そ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、または別紙に記入の上写しを添付してください。
- (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。

【下記も必ず記入してください】

同意書

二戸地区広域行政事務組合管理者様

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、照会することに同意します。

また、二戸地区広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、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

印

<配偶者>

住所

氏名

印