

(表面)

係 員	参 事	係 長	課長補佐	課 長

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

荒尾市長 様

令和5年度

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	アラオ タロウ 荒尾 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大(昭) 1年 1月 1日	性別	(男) ・ 女
住 所	〒000-0000 荒尾市××× 電話番号 0000-00-0000		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒000-0000 荒尾市△△△ 特別養護老人ホーム ○○ 電話番号 0000-00-0000		
入所(院)年月日	昭(平) 令 年 月 日	※ショートステイの場合は、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、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ氏名	アラオ ハナコ 荒尾 花子	生年月日	明・大(昭) 0年 0月 0日
	住 所	〒000-0000 荒尾市××× 電話番号		
	市町村民税賦課 期日の住所(現住 所と異なる場合)	〒 -	本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。	
	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"/>	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間80万円以下です。 <small>(受給している年金に○してください)</small>			
	<input type="checkbox"/>	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間80万円を超え120万円以下です。 <small>(受給している年金に○してください)</small>			
	<input checked="" type="checkbox"/>	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間120万円を超えます。 <small>(受給している年金に○してください)</small>			
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり				
	預貯金額	本人 00000 円 配偶者 00000 円 計 00000 円	有価証券 (評価概算額)	00000 円	その他 (現金・負債を含む。)

※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金及び準母子年金、遺児年金を含む。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。(記入のない場合は受付できません。)

提出者氏名 荒尾 一郎	連絡先(自宅・勤務先) 0000-00-0000
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所所在地及び事業所名) 荒尾市□□□	本人との関係 長男

送付先 記入欄	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 提出者住所 <input type="checkbox"/> 入所(院)先 <input checked="" type="checkbox"/> その他(下欄に記入)	受付者
	〒000-0000 荒尾市◇◇◇	荒尾 次郎 様方

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

※市処理欄

段 階	1・2・3①・3②・4	収入額	非課税年金	円
世帯人数	人		課税年金	円
課税状況	課税 ・ 非課税		年金以外の所得額	円
所得状況	保 ・ 境 ・ 老		合計	円

同意書

荒尾市長 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、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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、荒尾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 ○年 ○月 ○日

<本人>

住所 荒尾市×××

氏名 荒尾 太郎

署名又は記名押印

<配偶者>

住所 荒尾市×××

氏名 荒尾 花子

署名又は記名押印

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の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、その全てを記入し、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、支給された額を返還していただくとともに、支給された額の最大2倍の加算金を支払っていただくことがあります。