

知立市長 様

次のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号		
	㊟		個人番号		
生年月日	年 月 日		性別	男・女	
住所	〒		電話番号		
介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒		電話番号		
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		※ 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、記入は不要です。		
配偶書の有無	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」については記載は不要です。		
	配偶者に関する事項				
(フリガナ) 氏名					
生年月日	年 月 日		個人番号		
住所	電話番号				
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"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が <u>年額80万円を超えます</u> 。				
預貯金に関する 申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他	() ※ 円

※現金、負債についての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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

注意

- (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、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倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

知立市長 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、知立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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印