

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	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	年 月 日									
住所	連絡先									
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称	連絡先									
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、記載不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日																			
	住所																			
	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	☐	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				受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	☐	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・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80.9万円以下</u> です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ)				
	☐	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。 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・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80.9万円を超え、120万円以下</u> です。				
	☐	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・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額120万円を超えます</u> 。				
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 の方は1000万円(夫婦は2000万円)、 の方は650万円(同1650万円)、 の方は550万円(同1550万円)、 の方は500万円(同1500万円)以下です。 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、 ~ の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
通帳等の写しは別添	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)	() 円 内容を記入して下さい。

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

- (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、そのすべてを記入し、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。

裏面も必ずご記入ください。

同 意 書

(宛先)

戸田市長

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、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

配偶者

住所

氏名