

記入例

□年 □月 □日

(宛先)
戸田市長

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。

介護保険被保険者証に記載されている10桁の番号を記入してください。

フリガナ	トダ タロウ	被保険者番号	1	0	0	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	戸田 太郎	個人番号										
生年月日	○年 ○月 ○日											
住所	〒 335-8588 戸田市上戸田1丁目18番1号	連絡先	048-441-1800									
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。										

施設に入所されている場合は記入してください。

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。
フリガナ	トダ ハナコ		
氏名	戸田 花子		
生年月日	△年 △月 △日	個人番号	
住所	〒 335-8588 戸田市上戸田1丁目18番1号	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	

配偶者の方の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に記入してください。

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者	該当するものがあれば○をしてください。				
	☒	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※ 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。	受給している全ての年金の保険者に○をしてください。				
	☐	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※ 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。	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
	☐	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※ 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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤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、③～⑤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	2,000,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債)	(現金)※ 500,000 円	※内容を記入して下さい。

該当するものに「レ」を入れてください。

直近2か月分の明細が必要です。

該当するものがない場合、「なし」又は「0円」と記入してください。

記載は不要です。

申請者氏名	戸田 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	048-441-1800
申請者住所	〒 335-8588 戸田市上戸田1丁目18番1号	本人との関係	息子

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

(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 **戸田市上戸田1丁目18番1号**

氏名 **戸田 太郎**

〈配偶者〉

住所 **戸田市上戸田1丁目18番1号**

氏名 **戸田 花子**