

佐野市 介護保険負担限度額認定申請書 【R6年度】

令和 年 月 日

佐野市長 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。

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 名	保 険 者 番 号
フリガナ		佐 野 市	0 9 2 0 4 9
		被 保 険 者 番 号	
		個 人 番 号	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
住 所	〒 (電話番号)		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称 (※1)	〒 (電話番号)		
入所(院)年月日 (※1)	年 月 日	(※1)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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 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 (○で囲んでください)		

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老齢福祉年金受給者			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額、【遺族年金※2・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下です。(枠外 受給中の年金に○) ※2 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額、【遺族年金※2・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下です。(枠外 受給中の年金に○)			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額、【遺族年金※2・障害年金】収入額の合計が年額120万円を超えます。(枠外 受給中の年金に○)			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別 添	☐	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。			
	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)

(受給中の遺族・障害年金の保険者に○ 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済)

※3 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(日中繋がる場所)
申請者住所 〒	本人との関係

※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所有している場合は、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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面も必ず記入してください

同意書

佐野市長 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、貴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。

※自署が難しい場合は代筆可能です。自署の場合は押印不要です。

令和 年 月 日

<本人> (介護サービスを受ける本人)

住 所

氏 名

印

<配偶者> (死別・離別の場合は記載不要)

住 所

氏 名

印

佐野市記入欄

備 考	受付確認	窓口受付
	申請者 (☐ 本人 ☐ 代理人) ☐ 代理権確認 (委任状・被保険者証等) ☐ 個人番号確認 (個人番号カード等写・無) ☐ 身分証明証 (写真有・写真無【2つ】) ()	