

裏面(同意書)有

記入例

〇年 〇月 〇日

関市長 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。

申請者氏名		ワカサ スギハル 若草 杉春		連絡先（日中に連絡が可能なもの） 090-1234-5678	
申請者住所		501-2603 関市武芸川町八幡 1 4 4 6 番地 1		本人との関係 二男	
フリガナ		ワカサ キクオ		被保険者番号	
被保険者氏名		若草 菊雄		個人番号	
生年月日		昭和 〇〇年 〇月 〇日		0 5 0 0 0 9 9 9 9 9	
住所		〒501-3894 関市若草通 3 丁目 1 番地		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）		〒501-3802 関市若草通 2 丁目 1 番地 特別養護老人ホームわかくさ		連絡先 0575-22-3131	
入所（院）年月日（※）		令和 元年 5 月 1 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	ワカサ アユコ			
	氏名	若草 鮎子			
	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇〇日	個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	
	住所	☑被保険者と同じ 連絡先			
	本年 1 月 1 日現在の住所	☑現住所と同じ 連絡先			
	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		預貯金等の基準額	1,000 万円以下 (夫婦は 2,000 万円)以下
	<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額 80 万 9 千円以下です。 ※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。			650 万円以下 (夫婦は 1,650 万円)以下
	<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額 80 万 9 千円を超え、120 万円以下です。			550 万円以下 (夫婦は 1,550 万円)以下
	<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額 120 万円を超えます。			500 万円以下 (夫婦は 1,500 万円)以下
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金（普通預金、定期預金、定期積立等）、有価証券（株式、国債、地方債、社債、出資金等）等の金額の合計は、上記の基準額以下です。※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおりです。			
		預貯金額	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む。)※内容を記入	
		3,827,082 円	750,950 円	※( 現金 ) 65,000 円	

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。

市記入欄	判定段階	<input type="checkbox"/> 第 1 <input type="checkbox"/> 第 2 <input type="checkbox"/> 第 3① <input type="checkbox"/> 第 3② <input type="checkbox"/> 第 4（[本人・配偶者・世帯] 課税・資産）			
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証（                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ）		受付	

## 同 意 書

関市長 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。

○年 ○月 ○日

<本人>

住所 関市若草通3丁目1番地

氏名 若草 菊雄

代筆可

<配偶者>

住所 関市若草通3丁目1番地

氏名 若草 鮎子