

大村市長様

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 番 号              |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個 人 番 号                                          |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                     |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                                             | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名              | 署名又は記名押印してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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載不要です。 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                   |                        |       |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|------------------------|-------|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|-------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                   |       |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  | 個 人 番 号            |       |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 氏 名                    |       |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日               | 年 月 日 |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住 所                    | 〒 連絡先 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒 連絡先 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  | 課 税 状 況<br>(市町村民税) |       |  |  | 課 税 ・ 非課税 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                     |                                                 |                          |                                                                             |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|---------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|---|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|
| 「収入等」及び「預貯金等」に関する申告 | ①                                               | <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年金受給者                                                |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     |                                                 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下※1                                     |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     | ②                                               | <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、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額80万円以下          |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     |                                                 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（同1,650万円）以下※1                                         |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     | ③                                               | <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、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下 |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     |                                                 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（同1,550万円）以下※1                                         |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     | ④                                               | <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、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額120万円を超える       |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     |                                                 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（同1,500万円）以下※1                                         |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     | ※1 第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                          |                                                                             |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
|                     | ※2 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、及び遺児年金を含む。             |                          |                                                                             |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |                   |  |  |  |                            |  |  |  |  |  |
| 預貯金                 |                                                 | 円                        |                                                                             |  |  |  | 有価証券<br>(評価概算額) |  | 円 |  |  |  |  | その他<br>(現金・負債を含む) |  |  |  | ( )※<br>円<br>※内容を記載してください。 |  |  |  |  |  |

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

|       |        |
|-------|--------|
| 申請者氏名 | 連絡先    |
| 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) 各欄に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  |       | 所 得     | 80万以下 | ・ | 120万以下 | ・ | 120万超    | 非課税世帯 | ・   | 課税世帯 |
|-------|-------|---------|-------|---|--------|---|----------|-------|-----|------|
|       |       | 配 偶 者   | 有 ・ 無 |   |        |   | 非課税 ・ 課税 |       |     |      |
| 交付年月日 | 年 月 日 | 預 貯 金   | 有 ・ 無 |   |        |   | ① ② ③ ④  |       |     |      |
| 適用年月日 | 年 月 日 | 生保・老福   | 有 ・ 無 |   |        |   |          |       |     |      |
| 有効期限  | 年 月 日 | 判 定 結 果 | 1     | ・ | 2      | ・ | 3-1      | ・     | 3-2 | 非該当  |