

長門市長 あて

令和 3 年 7 月 15 日

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	ナガト ハナコ		被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1								
保険者氏名	長門 花子		個人番号									
			生 年 月 日		昭和 10 年 10 月 10 日		性別	男 ・ 女				
住 所	〒759-4101 長門市東栗川1339-2		電話番号	0837-23-△△△△								
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ●●苑		市内施設であれば住所は省略可能です。					0837-23-△△△△				
入所(院)年月日(※)	令和3年 1 月 1 日		※ 介護保険施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。									
配偶者の有無	有		・ 世帯分離されている配偶者又は内縁関係の者を含みます。 ・ 「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について									
配偶者に関する事項	フリガナ	ナガト タロウ										
	氏 名	長門 太郎										
	生 年 月 日	昭和 10 年 10 月 10 日生		個人番号								
	住 所	長門市仙崎1-1		電話番号	0837-26-△△△△							
	本年1月1日の住所	上記現住所と異なる場合のみ記入										
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		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、合計所得金額と年金収入額(非課税年金含む)の合計額が年額80万円以下		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、合計所得金額と年金収入額(非課税年金含む)の合計額が年額80万円超120万円以下		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、合計所得金額と年金収入額(非課税年金含む)の合計額が年額120万円超		500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)									
非課税年金受給状況		遺族年金 ・ 障害年金 ・ その他( ) ・ 無										
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額です。 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳の写しは別添のとおり											
	預貯金額	5,000,000円		有価証券(評価概算額)	0円		その他(現金・負債を含む)	( )※円				

市内施設であれば住所は省略可能です。

有の場合、配偶者に関して記載して下さい。

いずれかに○をしてください。

まず裏面を記載し、合計額を転記してください。

※内容を記入してください

者氏名	申請者が被保険者本人の場合には、記入不要です 山口 一男	電話番号	083-933-△△△△
者住所	〒▲▲▲-▲▲▲▲ 山口市●●町1-1	本人との関係	子
先(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人(送付先設定がある場合送付先) <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 施設		

※送付先が選択されていない場合は、原則被保険者本人に送付します

いずれかを選択してください。在宅の方は原則本人です。

資産の詳細について

- 預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください
- 虚偽の申告により不正に認定を受け給付を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、受給額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります

□ 預貯金等

※ 年金受給者は、年金受け取り口座を記載した箇所の番号を○で囲んでください

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象	残高	市確認欄
①	●●銀行	●●支店	●●●●●	長門花子	<input checked="" type="checkbox"/> 本・配	1,000,000	
2	●●銀行	●●支店	●●●●●	長門花子	<input checked="" type="checkbox"/> 本・配	1,000,000	
③	●●銀行	●●支店	●●●●●	長門太郎	本・ <input checked="" type="checkbox"/> 配	1,000,000	
4	●●銀行	●●支店	●●●●●	長門太郎	本・ <input checked="" type="checkbox"/> 配	2,000,000	
5					本・配		
6					本・配		
年金受け取り口座には○をしてください。						本・配	
8					本・配		
合 計					①	5,000,000	

同意書

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に、私及び配偶者（内縁関係の者を含む。）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、照会することに同意します。

長門市長あて

令和 3 年 7 月 15 日

<本人>

住所 長門市東築11339-2

氏名 長門 花子

<配偶者>

住所 長門市仙崎1-1

氏名 長門 太郎

表面の預貯金額と一致すること。  
※通帳の写しを添付してください。

押印は不要です。