

【記入見本】

○年 ○月 ○日

国分寺市長 殿

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。

※太枠内を記入してください。

フリガナ	コクフンジ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 0 0 × × × × ×			
被保険者氏名	国分寺 花子	個人番号	0000-0000-0000			
生年月日	○年 ○月 ○日					
住所	国分寺市戸倉×-×-×	連絡先	042-×××-××××			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	国分寺市戸倉×-×-× 特別養護老人ホーム○○○	施設入所している場合 と入所が決まっている 場合は記入してくださ い。ショートステイは 記入不要です。	042-×××-×××× ない場合及びショートステイを			
入所(院)年月日(※)	○年 8 月 ○日	利用				
配偶者の有無	有 ・ 無	左記に 入不要	配偶者に関する事項については記			
配偶者に関する事項	フリガナ	コクフンジ	個人番号			
	氏名	国分寺 太郎	配偶者「無」の場合は、配偶者に関する事項の記入は不要です。			
	生年月日	○年 ○月 ○日				
	住所	同上				
本年1月1日現在の住所(※)	本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合は記入してください。					
世帯状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		非課税年金を受給している場合は、遺族年金・障害年金のいずれかに○をつけてください。			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である者	世帯年金受給者			
	<input type="checkbox"/>	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※1・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 万円以下です。(【 】内は、受給している年金に○をしてください。)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	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※1・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 万円を超え、120 万円以下です。(【 】内は、受給している年金に○をしてください。)				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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※1・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。(【 】内は、受給している年金に○をしてください。)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 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 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下です。				
※通帳等の写しは別添	預貯金額	12,000,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※2 35,000 円

※1 寡婦年金、かん夫年金、遺族年金、準母子年金、遺児年金を含みます。 ※2 内容を記入してください。申請内容についてのお問い合わせは、本人の場合には、下記について記載は不要です。

代理申請者氏名	本人との関係	電話番号
恋ヶ窪 たか子	子	042-×××-××××

注意事項

(1) 保有する預貯金残高の合計額を記入し、お持ちの口座の口座情報と口座残高(申請日から2カ月以内に記帳しているもの)が確認できる通帳のページの写しを添付してください。

(2) 預貯金等に関する申告の④、⑤は、世帯の収入と支出の合計額を記入してください。

(3) 預貯金等に関する申告の詳細及び添付書類については、別紙「介護保険負担限度額の適用要件について」の裏面を参照してください。

(4) 申請書に記入した内容が事実と異なる場合は、申請内容が事実と異なる旨を記載し、申請書に添付してください。

【記入見本】

同意書

国分寺市長 殿

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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

なお、介護保険負担限度額認定について、市が特定介護保険施設及び特定入所者居宅サービス(介護予防サービス)事業者及び短期入所サービスの居宅サービス(介護予防サービス)計画を作成する居宅介護支援事業者等へ認定情報及び認定段階について情報提供を行うことに同意します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

<本人>

住所 **国分寺市戸倉×-×-×**

氏名 **国分寺 花子**

代筆者がいる場合はお名前と続柄を記入してください。

代筆者氏名

恋ヶ窪 たかこ

上記の者との関係

(**長女**)

<配偶者>

住所 **国分寺市戸倉×-×-×**

氏名 **国分寺 太郎**

代筆者がいる場合はお名前と続柄を記入してください。

代筆者氏名

恋ヶ窪 たかこ

上記の者との関係

(**長女**)