

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ                                                                                                                                                  | マンノウ タロウ                                                                                                                                                                                     | 保険者番号                                                                        |   |   |   |   | 3 | 7 | 4 | 0 | 6 | 6 |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                | まんのう 太郎                                                                                                                                                                                      | 被保険者番号                                                                       | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              | 個人番号                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 生 年 月 日                                                                                                                                               | ○ 年 ○ 月 ○ 日                                                                                                                                                                                  |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                                                                                                                                                   | まんのう町吉野下430番地                                                                                                                                                                                |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設の所在地及び名称(※)                                                                                                                                     | 入所の場合は施設の所在地、名称を記入してください。施設名 どちらかにチェック                                                                                                                                                       |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日(※)                                                                                                                                           | ○ 年 ○ 月 ○ 日                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 負担限度額申請事由                                                                                                                                             | 1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円以下のもの<br>記入しなくても大丈夫です。<br>2. 市町村民税非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円を超え120万円以下のもの<br>3. 市町村民税世帯非課税者であって、1・2に該当する以外のもの<br>4. その他( ) |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| まんのう町長 宛<br>上記のとおり、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。<br>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 記入した日<br>住 所 〒766-8503<br>申請者 (被保険者) まんのう町吉野下430番地<br>氏 名 まんのう 太郎 電話番号 0877 ( 73 ) 0125 |                                                                                                                                                                                              |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 申請代行者                                                                                                                                                 | 住所 〒763-8501<br>本人以外の方が記入した場合は、記入された方の住所・氏名・続柄・電話番号を記入してください。長男<br>氏 名 よんろく 太郎 電話番号 ****( ** ) ****                                                                                          |                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

保険者記入欄

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------|--|---------|--|-------|--|--|--|
| 市民税課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税( 本人 ・ 世帯 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
|         | <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
| 収入状況    | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 老福年金 <input type="checkbox"/> 1000万以内 <input type="checkbox"/> 1000万超 <input type="checkbox"/> 2000万以下 <input type="checkbox"/> 2000万超<br><input type="checkbox"/> 82.65万以下 <input type="checkbox"/> 650万以内 <input type="checkbox"/> 650万超 <input type="checkbox"/> 1650万以下 <input type="checkbox"/> 1650万超<br><input type="checkbox"/> 82.65万超120万以下 <input type="checkbox"/> 550万以内 <input type="checkbox"/> 550万超 <input type="checkbox"/> 1550万以下 <input type="checkbox"/> 1550万超<br><input type="checkbox"/> 120万超 <input type="checkbox"/> 500万以内 <input type="checkbox"/> 500万超 <input type="checkbox"/> 1500万以下 <input type="checkbox"/> 1500万超 |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
|         | 【非課税年金】 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |        |  | 【預貯金】 円 |  |       |  |  |  |
| 利用者負担   | 第 1 2 3① 3② 4 段階                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
| 交付年月日   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
| 有効期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
| 発行方法    | <input type="checkbox"/> 手渡し済み <input type="checkbox"/> 後日郵送(本人住所・施設・その他( )) <input type="checkbox"/> その他の場合、本人確認                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |        |  |         |  |       |  |  |  |
| 受付年月日   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  | 受付・入力者 |  |         |  | 入力確認者 |  |  |  |

確 認 事 項

次のとおり関係書類を添えて、報告します。なお、内容に相違ありません。

1. 配偶者について

|                        |                 |    |                                                                |
|------------------------|-----------------|----|----------------------------------------------------------------|
| 配偶者の有無                 | <div>有</div> ・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。                      |
| フリガナ                   | マンノウ ハナコ        |    |                                                                |
| 氏 名                    | まんのう 花子         |    | <div>配偶者の有無を記入してください。<br/>配偶者がいる場合は『配偶者に関する事項』を記入してください。</div> |
| 生年月日                   | ○ 年 ○ 月         |    |                                                                |
| 住 所                    | まんのう町吉野下430番地   |    |                                                                |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |                 |    | 連絡先 0877 ( 73 ) 0125                                           |
| 課税状況                   | 市町村民税           | 課税 | <div>非課税</div>                                                 |

2. 収入等について

|                       |                          |                                                                                          |             |  |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| <div>収入等に関する申告</div>  | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉                                                                |             |  |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯(世帯を分離している配偶者を含む課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金以下です(受給している年金<br>母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) |             |  |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯(世帯を分離している配偶者を含む課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金超120万以下です。(受給し                       |             |  |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯(世帯を分離している配偶者を含む課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金を超えます。(受給している年                       |             |  |
| <div>預貯金等に関する申告</div> | 預貯金額                     | 円                                                                                        | 有価証券(評価概算額) |  |

添付書類 ○預貯金等に関する申告書 ○町外に住所を有する場合は、住所証明書の写しを添付してください。

注意事項

(1) この申請書に添付する書類は、本人名義、配偶者がいる場合は配偶者名義の預貯金・有価証券等について合計を記入してください。

(2) 預貯金等に関する申告書は、記入した日付から1年以内の有効期間があります。

(3) 書き切れない場合は、複数枚の用紙を使用してください。

(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。

通帳を開けて1ページ目の銀行名、支店名、口座番号、名義人名を確認できるページと、直近2ヵ月くらいの最終残高が確認できるページ(新しいページの1行目の場合は前のページも)の写しをお願いします。

定期預金等がある場合はそのページの写しをお願いします。

有価証券をお持ちの方は証券会社の口座残高の写しをお願いします。

配偶者がいる場合は、本人名義と配偶者名義のものすべての写しが必要です。

同 意 書

まんのう町長 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。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況およ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、まんのう町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者の同意を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

記入した日

<本人>

住 所 まんのう町吉野下430番地

氏 名 まんのう 太郎

<配偶者>

住 所 まんのう町吉野下430番地

氏 名 まんのう 花子

同意がないと申請の受付ができません。

配偶者ありの場合は、お二人の住所・氏名をご記入ください。

※後見人が申請する場合は、配偶者欄に後見人として記入してください。

その場合、添付書類として、後見人である旨の証明書(登記事項証明書等)の写しが必要です。