

石巻市長    宛

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                             |                            |  | 被保険者番号                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名<br>(申請者)                  |                            |  | 個人番号                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                             | 明・大・昭      年      月      日 |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住      所                         | 電話番号                       |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険<br>施設の所在地及び名称<br>(※) | 電話番号                       |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                  | 昭・平・令      年      月      日 |  | (※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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」<br>については、記入不要です。 |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ               |                               |  | 個人番号                                          |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |
|           | 氏      名           |                               |  | 生年月日                                          |  | 明・大・昭・平<br>年      月      日 |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |
|           | 住      所           | 電話番号                          |  |                                               |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |
|           | 市町村民税<br>賦課期日現在の住所 | (現住所と異なる場合)                   |  |                                               |  |                            |  |  |  |  |  |  |  | 本年1月1日(申請が1月から7月<br>までの場合は前年1月1日)時点の<br>住所を記入してください。 |  |  |  |  |
|           | 課税状況               | 市町村民税      課税      ・      非課税 |  |                                               |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |  |  |  |  |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |  |                                          |   |                                              |                   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|------------------------------------------|---|----------------------------------------------|-------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告  | 非課税年金受給                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 有      ・      無 |  | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」について、当てはまるものに○をしてください。 |   |                                              |                   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 非課税年金の種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 遺族年金    障害年金    |  | 年金保険者                                    |   | ・日本年金機構      ・国家公務員共済<br>・地方公務員共済      ・私学共済 |                   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。<br>預貯金、有価証券等の金額の合計は、以下のとおりで間違いありません。<br>「年金収入等※」80万9千円以下の場合      単身      650万円、夫婦1, 650万円以下<br>□ 「年金収入等※」80万9千円超120万円以下の場合      単身      550万円、夫婦1, 550万円以下<br>「年金収入等※」120万円超の場合      単身      500万円、夫婦1, 500万円以下<br>「第2号保険者(40歳以上64歳以下)」の場合      単身1, 000万円、夫婦2, 000万円以下<br>※【年金収入等】公的年金等収入金額(非課税年金を含みます。) + その他の合計所得金額 |                 |  |                                          |   |                                              |                   |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 預貯金額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 円               |  | 有価証券<br>(評価概算額)                          | 円 |                                              | その他(現金・<br>負債を含む) |  | (内容      )<br>円 |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| 提出者氏名                       | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地) | 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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 遺族年金には、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。

(3) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(4) 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。

(5) 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。

|            |        |        |        |        |
|------------|--------|--------|--------|--------|
| 保険者<br>確認欄 | 備    考 | 受    付 | 入    力 | 確    認 |
|            |        |        |        |        |

※裏面の同意書も記入してください。

(裏面)

## 同 意 書

(宛先) 石巻市長

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、石巻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。

令和        年        月        日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名