

(申請先)

四国中央市長 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。

フリガナ 被保険者氏名	シコク タロウ		被保険者番号						1	2	3	4	5	6
	四国 太郎		個人番号											
			生年月日						昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
住所	〒799-〇〇〇〇 四国中央市〇〇〇町〇〇〇番地						電話番号 0896-〇〇-〇〇〇〇							
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	四国中央市〇〇〇町〇〇〇番地 特別養護老人ホーム 四国中央						電話番号 0896-〇〇-〇〇〇〇							
入所(院)年月日(※)	令和〇〇年〇〇月〇〇日						(※)介護保険施設に入所 ショートステイを							

介護保険施設に入所(院)している場合
にご記入ください。ショートステイ利用の
場合は不要です。

配偶者の有無	有 ・ 無		配偶者の有無が「無」 については、記載不要										
配偶者に関する 事項	フリガナ	シコク ハナコ											
	氏名	四国 はな子											
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日			個人番号								
	住所	同上											
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)												
課税状況	市町村民税 課税		非課税										

電話番号
遺族年金・障害年金を
受給している場合は、
当てはまるものに〇
をしてください。

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者(70歳以上)									
	<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※・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82.65万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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。以下同じ。									
	<input 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※・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82.65万円を超え、120万円以下です。									
	<input checked="" 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※・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。									
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input 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(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。									
	預貯金額	2,856,240 円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000 円	その他 (現金・負債 を含む)	現金 ※ 832,000 円	※内容を記入してください。				

有価証券や現金等ない場合は、
〇をご記入ください。

夫婦の合計額を
ご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	四国 二郎						連絡先(自宅・勤務先) 090-△△△△-△△△△					
申請者住所 〒799-△△△△	四国中央市△△△町△△△番地						本人との関係 次男					

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、その全てを記載してください。
- (3) 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、介護サービス費の返還を求められます。

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入
してください。(申請書や添付書類の内容について、お
問い合わせする場合があります。)

※本人及び配偶者の全ての預貯金通帳等の写しの添付が必要です。(以下の①・②)

(生活保護受給者、境界層該当者については必要ありません。)

- ① 銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分(通帳の見開き部分)のコピー
- ② 最終の残高(申請日の直近2か月以内)が分かる部分のコピー

※定期預金の口座・証書、年金の受取口座、高額介護サービス費の受取口座など、漏れなく添付してください。

(確認のため、四国中央市が銀行等に調査を行うことがあります。)

同意書

(申請先) 四国中央市長 様

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、四国中央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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

提出する日付を
ご記入ください。

<本人>

住所 四国中央市〇〇町〇〇番

氏名 四国 太郎

<配偶者>

住所 四国中央市〇〇町〇〇番

氏名 四国 はな子

※代筆の場合は、
代筆者の氏名・続柄等を記載
してください。

代筆
四国 二郎(次男)