

様式 19（第 21 条関係）

佐世保市長 様

介護保険負担

個人番号カード・通知カードに記載してある 12 ケタのマイナンバーを記入してください。配偶者についても同様に記入してください。（不明な場合は空欄で結構です。）

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険料認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	サセボ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6		
	佐世保 太郎	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2
		生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日							
住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 佐世保市〇〇町△-△			電話番号						
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	介護〇〇施設 △△△△			電話番号						
入所(院)年月日(※)	〇〇年 〇〇月 〇〇日			(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。						

本申請についてわかる方と連絡がとれる連絡先をご記入いただくようお願いいたします。ご本人の連絡先である必要はありません。

配偶者の有無	有		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ	サセボ ハナコ													
	氏 名	佐世保 花子													
	生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
	住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 佐世保市〇〇町△-△			電話番号 ××-××××										
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	電話番号													
課 税 状 況	市町村民税 非課税														

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者											
	☐	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。											
	☒	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。											
	☐	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											
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	それぞれの金額について配偶者がいらっしゃる方は申請者と配偶者二人の合計額を記入してください。												
	預貯金額	9 8 7 , 6 5 4					円	有価証券(評価額)	0	円	その他(現金・負債を含む) ※内容を記入してください。	0	円

認定証送付先	☒ 住所地 ☐ 施設 ☐ 代理申請者宅 ☐ その他 ()											
提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。												

代理申請者氏名	本人との関係											
代理申請者住所	〒 電話番号(自宅・携帯)											

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の者を含みます。

(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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(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。

※裏面に同意書がありますので、忘れずに記入してください。

佐世保市記入欄													確認印
1	☐	老齢福祉年金受給者かつ非課税者	☐	被保護者	☐	境界層							
2	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 82.65 万円以下）	☐	境界層									
3-①	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 82.65 万円を超え 120 万円以下）	☐	境界層	☐	特例減額措置							
3-②	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 120 万円を超える）	☐	境界層	☐	特例減額措置							
4	☐	単身	☐	複数	☐	本人	☐	配偶者	☐	世帯員 ()	☐	別世帯配偶者	

(裏面)

同 意 書

(宛先) 佐世保市長

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、貴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に伝えて構いません。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

<申請者（被保険者）>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

申請者と同じ世帯であるかどうかに関わらず、
配偶者がいる場合には記入が必要です。

様式 20（第 21 条関係）

（表 面）

介護保険負担限度額認定証		
交付年月日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	適 用 年 月 日	から
	有 効 期 限	まで
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 円 その他のサービス 円	
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・医療院等) 円 多床室 円	
保険者番号並びに 保険者の名称及び 印	佐世保市八幡町 1 番 10 号 佐世保市 印 電話 0956—24—1111(代表)	

（裏 面）

注 意 事 項
一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・医療院等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式 21 (第 21 条関係)

負担限度額・特定負担限度額差額支給申請賞還払用

受 付 印

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(年 月分)

受 付 印

フリガナ 被保険者氏名	個人番号																		
	被保険者番号																		
生年月日	年 月 日		性別																
住 所	〒																		
支払った 負担金額	支払った期間	年 月 日 から			年 月 日			電話番号											
	支払った負担額	居住費	円																
		食費	円																
居住費・食費の提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒																		
既に減免認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年 月 日			電話番号														
	適用年月日	年 月 日																	
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由																			
佐世保市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居住費・食費に係る負担額差額の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者（被保険者） 氏 名																			
																			電話番号

※注意 1. この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書も併せて添付してください。

2. 口座名義は申請被保険者名でお願いします。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	金融機関名				店舗名			種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード				本店 支店 出張所 店舗コード			1 普通							
								2 当座							
	3 その他														
	フリガナ														
	口座名義人														

佐世保市記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書確認	サービス提供証明書確認
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		

介護保険特定負担限度額認定申請書

（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号													
		被保険者番号													
生年月日		個人番号													
住所	電話番号														
特定負担限度 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年金収入額の合計額が 年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他（ ）														
備考															
佐世保市長 様 前のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名															

減額認定証送付先	☐ 住所地 ☐ 上記入所施設(事前に施設担当者へご連絡ください。) ※ チェックのない場合は、住所地へ送付します
----------	---

※裏面の同意書についてもご記入ください。

佐世保市記入欄

収入区分	決定額	確認印
① ☐ 老齢福祉年金受給者(☐ 収入区分 42 万円以下)かつ市町村民税世帯非課税者 ☐ 被保護者 ☐ 境界層	300円／日	
② ☐ 市町村民税世帯非課税者(合計所得金額+課税年金収入額80万円以下) ☐ 境界層	390円／日	
③ ☐ 市町村民税世帯非課税者(第2段階該当者以外) ☐ 境界層 ☐ 市町村民税課税層における特例減額措置	650円／日	
☐ 300円であれば費用徴収基準額を上回るもの	円／30 日	

(裏面)

同 意 書

居住費・食費の減額の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員に係る下記の事項について、市長が調査することに同意します。

- ① 住民票に関すること・・・氏名、性別、生年月日、現住所、続柄、異動年月日
- ② 所得に関すること・・・市町村民税(所得割額・均等割額)の有無
合計所得金額、課税年金収入額

年 月 日

住 所 佐世保市 町 番 号

申請者氏名
(被保険者)

申請者(被保険者)と
同一世帯員をご記入
ください。

続 柄
() 氏名

続 柄
() 氏名

続 柄
() 氏名

続 柄
() 氏名

続 柄
() 氏名

続 柄
() 氏名

佐世保市長 様

様式 23（第 22 条関係）

（表 面）

介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)		
交付年月日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	適用年月日	から
	有 効 期 限	まで
食 費 の 特 定 負 担 限 度 額		円
居 住 費 の 特 定 負 担 限 度 額	ユニット型個室	円
	ユニット型個室的多床室	円
	従来型個室	円
	多床室	円
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	佐世保市八幡町 1 番 10 号 佐世保市 印 電話 0956—24—1111(代表)	

（裏 面）

注 意 事 項
一 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの窓口提出してください。
三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至ったとき又は特別養護老人ホームを退所したとき(引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。)は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
五 不正にこの証を使用したものは、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書
（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号													
		被 保 険 者 番 号													
生 年 月 日		個 人 番 号													
住 所	電 話 番 号														
備 考															
佐世保市長 様															
前のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額〇減額・免除を申請します。															
年 月 日															
〒															
住所															
申請者 電話番号															
氏名															

減額認定証送付先	☐ 住所地 ☐ 上記記入所施設（事前に施設担当者へご連絡してください。） ※ チェックのない場合は、住所地へ送付します。
----------	---

※裏面の同意書についてもご記入ください

佐世保市記入欄

収 入 区 分	決 定 率			確認印
☐ 老齢福祉年金受給者 （ ☐ 収入区分 42 万円以下）かつ 市町村民税世帯非課税者 ☐ 被保護者	☐ 90/100	☐ 97/100	☐ 100/100	
☐ 市町村民税世帯非課税者（年金 80 万円以下）	☐ 90/100 ☐ 100/100	☐ 95/100	☐ 97/100	
☐ 市町村民税世帯非課税者（第 2 段階該当者以外）	☐ 90/100 ☐ 100/100	☐ 95/100	☐ 97/100	

(裏面)

同 意 書

居住費・食費の減額の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員に係る下記の事項について、市長が調査することに同意します。

- ① 住民票に関すること・・・氏名、性別、生年月日、現住所、続柄、異動年月日
- ② 所得に関すること・・・市町村民税(所得割額・均等割額)の有無
合計所得金額、課税年金収入額

年 月 日

住 所 佐世保市 町 番 号

申請者氏名

(被保険者)

申請者(被保険者)と
同一世帯員をご記入
ください。

続 柄

() 氏名

続 柄

() 氏名

続 柄

() 氏名

続 柄

() 氏名

続 柄

() 氏名

続 柄

() 氏名

佐世保市長 様

様式 25（第 23 条関係）

（表 面）

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護措置入所者に関する認定証)								
交付年月日								
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生 年 月 日							
	適用年月日	から						
	有 効 期 限	まで						
減額・免除等 認 定 事 項	給付率 /100							
保険者番号並 びに保険者の 名称及び印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 佐世保市八幡町 1 番 10 号 佐世保市 印 電話 0956—24—1111(代表)							

（裏 面）

注 意 事 項
一 特別養護老人ホームから指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下「指定介護福祉施設サービス等」という。）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口へ提出してください。
二 指定介護福祉施設サービス等を受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険特定負担限度額認定証によって指定介護福祉施設サービス等を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合に、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。