

様式 19 (第 21 条関係)

年 月 日

佐世保市長 様

介護保険負担限度額認定申請書

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。

[illegible]

配 偶 者 の 有 無		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													
	氏 名													
	生 年 月 日		個人番号											
	住 所	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												

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○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	☐	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。		
	預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む） ※内容を記入してください。	
	円	円	円	

認定証送付先	☐ 住所地 ☐ 施設 ☐ 代理申請者宅 ☐ その他（ ）
--------	--

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										
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。

年 月 日

<申請者（被保険者）>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名