

様式

記入例

佐世保市長 様

介護保険負担額

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)に係る負担額を申請します。

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 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(※)	〒△△△-△△△△ 佐世保市△△町〇-〇 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 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	<input type="checkbox"/>	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
	<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80.9万円以下です。 (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 checked="" 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80.9万円を超え、120万円以下です。
	<input 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、200万円以下です。

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。

ご利用がない場合、または残高が無い場合は金額は「0」を含め忘れずに記入してください。

預貯金に関する申告 ※通帳等の写しは別添	※第2号被保険者(64歳以下)の場合、③~⑤は2,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。	預貯金額	987,654円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	() ※ 0円
	※内容を記入してください。						

認定証送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 代理申請者宅 <input type="checkbox"/> 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		電話番号	(自宅・携帯・勤務先)
代理申請者住所	〒	本人との関係	

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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	<input type="checkbox"/>	老齢福祉年金受給者かつ非課税者	<input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 境界層
2	<input type="checkbox"/>	非課税者(合計所得金額+年金収入額80.9万円以下)	<input type="checkbox"/> 境界層
3-①	<input type="checkbox"/>	非課税者(合計所得金額+年金収入額80.9万円を超え120万円以下)	<input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額措置
3-②	<input type="checkbox"/>	非課税者(合計所得金額+年金収入額120万円を超える)	<input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額措置
4	<input type="checkbox"/>	単身 <input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 世帯員()	<input type="checkbox"/> 別世帯配偶者

確認印

(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 佐世保市〇〇町△-△

氏 名 佐世保 太郎

<配偶者>

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。

住 所 佐世保市〇〇町△-△

氏 名 佐世保 太郎