

(表) **記入例** 介護保険負担限度

(宛先) 佐世保市長

申請日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る

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。)

フリガナ	サセボ タロウ		個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2
被保険者氏名	佐世保 太郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6		
生年月日	明・大・ <b>昭</b> ○年 ○月 ○日生										
住所	〒○○○-○○○○ 佐世保市○○町△-△		電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )							
介護保険施設の名称及び所在地(※)	施設の名称	介護○○施設 △△△△									
	施設の所在地	〒△△△-△△△△ 佐世保市△△町○-○		電話番号	( △△ ) △△△△						
入所(院)日(※)	平・ <b>令</b> ○年 ○月 ○日		(※)印がついている欄は、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。

電話番号 ※連絡がとれる

○ 配偶者に関する事項

配偶者の有無	<b>有</b> ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。									
フリガナ	サセボ ハナコ		現住所	〒○○○-○○○○ 佐世保市○○町△-△ 電話番号××× (××××) ×××								
配偶者氏名	佐世保 花子		市町村民税賦課期日の住所(※)	〒 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 電話番号 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )								
生年月日	明・大・ <b>昭</b> ・平 △年 △月 △日		課税状況	市町村民税課税 ・ <b>市町村民税非課税</b>								
個人番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6

(※) 本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所が現住所と異なる場合のみ記入してください。

○ 申請事由(収入等)に関する事項(該当口に✓をしてください)

1	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者
2	<input type="checkbox"/>	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と非課税年金収入額が年額80万円以下です
3-①	<input type="checkbox"/>	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と非課税年金収入額が年額80万円を超え、120万円以下です
3-②	<input checked="" type="checkbox"/>	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と非課税年金収入額が年額120万円を超えます

○ 年金保険者に関する事項(受給している全ての年金保険者の該当口に✓をしてください)

<input checked="" type="checkbox"/>	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。	<input type="checkbox"/>	国家公務員共済	<input type="checkbox"/>	私学共済
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ご利用が無い場合、または残高が無い場合は金額は「0」円を含め忘れずに記入してください。	<input type="checkbox"/>	年金含む)

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計は以下のとおり	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり。
	預貯金額	有価証券(評価額)
	987,654円	0円
		その他(現金・負債含む)
		76,000円

送付先	<b>任所</b> ・ 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	申請代理人連絡先(自宅・携帯・勤務先) 電話番号 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
代理申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。通帳の場合、金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる部分も併せて添付してください。負債(借入金・住宅ローンなど)は契約書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。

佐世保市記入欄												
1	<input type="checkbox"/>	高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
-----

※裏面に同意書がありますので、忘れずに記入してください。

# 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△一△

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△一△

氏 名 佐世保 花子

※配偶者は別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。