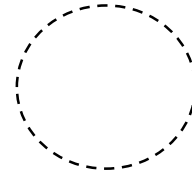


(表面)

# 介護保険負担限度額認定申請書



(宛先) 佐世保市長

申請日 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ												
被保険者氏名	個人番号											
	被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生								
住所	〒 佐世保市										電話番号 ( )	
	※連絡がとれる番号をご記入ください。											
介護保険施設の名称及び所在地(※)	施設の名称											
	施設の所在地	〒										
入所(院)日(※)	平・令	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。							

## ○ 配偶者に関する事項

配偶者の有無	有	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			現住所	〒								
配偶者氏名			市町村民税賦課期日の住所(※)	〒								
			課税状況	市町村民税課税 ・ 市町村民税非課税								
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日								
個人番号												

(※) 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□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老齢福祉年金受給者
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 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□に✓をしてください)

<input type="checkbox"/>	日本年金機構	<input type="checkbox"/>	地方公務員共済	<input type="checkbox"/>	国家公務員共済	<input type="checkbox"/>	私学共済
--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	------

## ○ 非課税年金受給に関する事項(非課税年金を受給している方は該当□に✓をしてください)

<input type="checkbox"/>	障害年金	<input type="checkbox"/>	遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む)
--------------------------	------	--------------------------	------------------------------------

## ○ 預貯金等に関する事項(申請者が生活保護を受給している場合には、記載されなくても構いません)

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※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(評価概算額)	その他(現金・負債含む)
	円	円	円

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	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)は契約書等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"/>	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。

年 月 日

<申請者（被保険者）>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<配偶者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※配偶者は別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。