

(宛先)
鹿角市長

令和 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			被保険者番号	5	2	9	0									
被保険者氏名			個人番号													
			生年月日	大・昭			年			月			日			
住所	鹿角市(花輪・十和田・八幡平・尾去沢) 字															
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)																
入所(院)年月日(※)	昭・平・令			年			月			日			(※)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、記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号												
	氏名			生年月日	大・昭			年			月			日		
	現住所	鹿角市(花輪・十和田・八幡平・尾去沢) 字														
	本年1月1日 現在の住所													現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。		
	課税状況	市町村民税 課税・非課税														

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者														
	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が														
	☐ 年額80.9万円以下です。			非課税年金を受給している方は、受給している全ての年金の保険者に ☑してください。 ☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済						預 基 貯 準 金 額 等 の	650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	☐ 年額80.9万円を超え、120万円以下です。										550万円(夫婦は1,550万円)以下				
	☐ 年額120万円を超えます。										500万円(夫婦は1,500万円)以下				
※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。															
預貯金等に関する申告 (配偶者がいる場合は合計額)	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 (第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。) ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり														
	預貯金額	円			有価証券 (評価概算額)	円			その他 (現金・負債等)	()※ 円					

※内容を記入してください。

※裏面の同意書も記入してください。(記入漏れの場合は判定出来ません。)

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名			電話番号(自宅・勤務先・事業所)		
提出者住所 [事業所の場合は事業所名]			本人との関係		

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の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、そのすべてを記入し、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。

鹿角市 確認欄	生活保護	☐ 非該当 ☐ 該当	負担 段階	入力	発行	交付	
	境界層	☐ 非該当 ☐ 該当					
	特例減額	☐ 非該当 ☐ 該当					
	預貯金	☐ 基準内 ☐ 基準超過 ☐ 未添付	適用 開始	～			☐ 窓口
	本人	☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告					☐ 施設
	世帯	☐ 一人世帯 ☐ 非課税 ☐ 課税					
		☐ 未申告()					
配偶者	☐ 無 ☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告 ☐ 他市町村	備考				☐ 郵送	

(裏面)

同 意 書

鹿角市長 殿

- 1 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、信託会社その他関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。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。
- 2 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
- 3 私（被保険者本人）が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名