

(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。

Application form for care insurance burden limit recognition. Includes fields for applicant name, address, spouse information, and insurance status.

Income and savings declaration section. Includes checkboxes for life protection recipients and pre-savings amounts, with detailed instructions and a table for reporting.

※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。

Form for proposer information, including name, address, and telephone number.

注意事項

- Notes regarding the application process, including requirements for spouse information, savings reporting, and handling of false information.

Checklist for recognition criteria, including categories like '生活保護' (Life Protection), '境界層' (Boundary Layer), and '特例減額' (Special Reduction), with checkboxes for eligibility.

(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