

あて先

城陽市長

下記のとおり食費・居住費にかかる負担限度額認定の申請をします。

令和 年 月 日

住所：

申請者

氏名：

(続柄：)

電話番号：

- -

(※日中連絡が可能な番号)

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	7	1
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
		個人番号							
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日							
住所	〒 - <input type="checkbox"/> (申請者住所に同じ)								
利用(予定)のサービス	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	入所(院)	令和 年 月 日						
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活(療養)介護								
介護保険施設の所在地及び名称	〒 -								

配偶者に関する事項(※生活保護受給者の方は記入不要です。)

配偶者の有無	有 ・ 無									
配偶者に関する事項	フリガナ								個人番号	
	氏名								生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> (被保険者住所に同じ)								
	課税状況	市民税について (※課税の場合は申請できません)							課税 ・ 非課税	

※以下、市記入欄(記入しないでください)

第< >号

利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	備考		
第 段階		送付先 <input type="checkbox"/> 施設 (施設入所の場合に限る) <input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 生活保護	
適用年月日	有効期限		非課税世帯	<input type="checkbox"/> 年齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 合計 80万円以下
令和 年 月 1日	令和 5年 7月31日			<input type="checkbox"/> 合計80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 合計 120万円超
交付年月日				
令和 年 月 日				

収入等に関する申告

(本人) 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> <u>生活保護受給者 / 市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者</u>
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※)・障害年金】収入金額の合計額が <u>年間80万円以下</u> (受給している年金に○印をつけてください)
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※)・障害年金】収入金額の合計額が <u>年間80万円超120万円以下</u> (受給している年金に○印をつけてください)
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※)・障害年金】収入金額の合計額が <u>年間120万円超</u> (受給している年金に○印をつけてください) (※) 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む
非課税年金を受給中の方のみ	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 (受給している非課税年金の年金保険者全てに○印をつけてください)

預貯金等に関する申告 (※生活保護受給者の方は記入不要です。)

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金等の金額の合計が利用者段階の一定額以下 なお、預貯金等通帳の写しは添付のとおり	
	預貯金額	本人 円
		配偶者 円
	有価証券 (評価換算額)	本人 円
		配偶者 円
	その他 (現金、負債など)	本人 円
		配偶者 円

(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所有している場合は、その全てを合算した金額を記入してください。また、記入いただいた通帳の該当ページの写しを全て添付してください。
- ・ 書き切れない場合は、余白又は別紙に記入してください。
- ・ 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

城陽市長 様

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(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び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、城陽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等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名