

階上町長 殿

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	ハシカミ タロウ	被保険者番号	0000007601
被保険者氏名	階上 太郎	個人番号	012345678901
		性別	男 ・ 女
生年月日	S5年 11月 29日		
住所	階上町大字道仏字天当平1-87		
	電話番号 0178-88-2111		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	特別養護老人ホームはしかみ		
	階上町大字道仏字天当平1-182 電話番号 0178-88-2522		
入所（院）年月日（※）	H28年 5月 28日	（※）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。	

①

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	ハシカミ ハナコ	配偶者は、世帯を別に行っている場合でも記入してください。
	氏名	階上 花子	
	生年月日	S9年 7月 9日	個人番号
	住所	同上	電話番号
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	遺族年金・障害年金を受給している方は必ず、○をしてください	

③

④

収入等に関する申告	<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			
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○をして下さい） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。（受給している年金に○をして下さい）			
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額合計が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	1,234,567 円	有価証券(評価概算額)	1,000,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 50,000 円

⑤

⑥

申請者氏名	階上 一郎	電話番号	0178-80-1671
申請者住所	階上町蒼前東7丁目9-4	本人との関係	子

⑦

注意事項  
 (1) 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、その全てを記入してください。  
 (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。  
 (3) 虚偽の記載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。

負担限度額認定申請書の記入について

- 被保険者の方の、氏名、被保険者番号、個人番号（マイナンバー）、性別、生年月日、住所及び電話番号を記入してください。  
 ※ 被保険者番号は、被保険者証の上部に記載されている10桁の番号となります。  
 ※ はんこを忘れずに押印してください。
- 被保険者の方の、入所施設名称、所在地及び電話番号、入所（院）年月日を記入してください。  
 ※ 所在地、電話番号及び入所（院）年月日が不明の場合は空欄でも構いません。
- 被保険者の方の、配偶者の有無についてどちらかに○をつけてください。  
 ※ 配偶者と世帯分離している場合であっても、「有」に○をつけます。「無」の場合は、⑤へお進みください。
- 被保険者の配偶者の方の、氏名、生年月日、個人番号、住所及び電話番号を記入し、課税状況についてどちらかに○をつけてください。  
 ※ 住所、電話番号が被保険者と同じ場合は「同上」と記入しても構いません。  
 ※ 住民票上の住所と現住所が異なる場合は、住所欄の下欄へ現住所を記入してください。  
 ※ 課税状況が不明な場合は、階上町に住所がある方については役場で確認できますので、記載しなくても構いません。
- 被保険者の方の世帯の、収入等に関する申告について、該当する欄へ○をつけてください。  
 ※ 市町村民税課税状況は役場で確認できますので、記載しなくても構いません。  
 ※ 遺族年金・障害年金収入額がある場合は、年金の種類と年金保険者に○をつけてください。
- 被保険者の方と配偶者の方の、預貯金等に関する申告について、預貯金額、有価証券、現金や負債について金額を記入してください。  
 ※ 金額を記載した場合は、通帳等の写しを添付してください。添付書類は別紙をご覧ください。  
 ※ 書ききれない場合は、別紙様式に記入してください。  
 ※ 漏れの無いように必ず記入してください。
- 申請者の方の、氏名、住所、電話番号、被保険者との関係について記入してください。
- 申請日を記入してください。  
 ※ 平成28年8月31日までの申請であれば、平成28年8月1日から平成29年7月31日までの有効期間となります。それ以降の申請については、申請月の1日から平成29年7月31日までの有効期間となります。

## 同意書

階上町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私の世帯員の所得、課税資料を閲覧すること及び官公署、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、貴町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。

平成28年 7月11日

<本人>

住所 階上町大字道仏字天当平1-87

氏名 階上 太郎

氏名



<配偶者>

住所 同上

氏名 階上 花子



## 同意書の記入について

① 被保険者の方の、住所、氏名の記入をしてください。

※ はんこを忘れずに押印してください。

② 被保険者の配偶者の方の、住所、氏名の記入をしてください。

※ 住所が被保険者と同じ場合は、「同上」と記入しても構いません。

※ 配偶者がいない場合は、記入不要です。

※ はんこを忘れずに押印してください。

③ 日付を記入してください。

※ 申請書と同じ日付としてください。