

(申請先) 厚岸町長 様

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                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                               |             |  | 個人番号                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                              | 年 月 日       |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                  | 連絡先         |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 連絡先         |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 昭・平・令 年 月 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                                |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------|-----------------|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                           |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                            |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                           | 明・大・昭・平・令 年 月 日 |  | 個人番号                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                            | 連絡先             |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年 1 月 1 日現在の住所<br>（現住所と異なる場合） |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      |                                | 市町村民税 課税 ・ 非課税  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |                          |                                                                                                                                                                                                              |  |                 |   |  |                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|---|--|-------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> | ① 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                                                                                                                                                                             |  |                 |   |  |                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | ② 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と〔 遺族年金※・障害年金 〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。（受給している年金に○をして下さい）<br>※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。                                                             |  |                 |   |  |                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | ③—1 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と〔 遺族年金※・障害年金 〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円を超え、120万円以下</u> です。（受給している年金に○をして下さい）                                                                                            |  |                 |   |  |                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | ③—2 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と〔 遺族年金※・障害年金 〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額120万円を超えます</u> 。（受給している年金に○をして下さい）                                                                                                   |  |                 |   |  |                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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額が①の方(生活保護受給者の方を除く)は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③—1の方は550万円(同1550万円)、③—2の方は500万円(同1500万円)以下です。※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、 ②、③—1、③—2の方は1000万円(夫婦は2000万円)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<br>(評価概算額) | 円 |  | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 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、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。

(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。

町記入欄

|       |       |       |    |
|-------|-------|-------|----|
| 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限  | 備考 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |    |

(裏面)

## 同 意 書

厚岸町長 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。

年      月      日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名