

年 月 日

諫早市長 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）した介護保険施設の所在地及び名称（※）		〒		連絡先											
入所（院）年月日（※）		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	年 月 日		個人番号											
	住 所	〒		連絡先											
	本年1月1日現在の住所（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	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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○してください。以下同じ。） ※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。													
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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。													
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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</u> ます。													
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。													
	預貯金額	円		有価証券 （評価概算額）	円		そ の 他 （現金・負債を含む）	（ ）※ 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。

同 意 書

諫早市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。

年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

諫早市長 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	イサハヤ タロウ		被保険者番号	介護保険証の番号	
被保険者氏名	諫早 太郎		個人番号	マイナンバーの番号	
生年月日	昭和 17 年 4 月 1 日				
住 所	〒 854-8601 諫早市東小路町7-1		番号が分からない場合は、未記入でも受付可能です。 マイナンバーを御記入いただいた場合は、別途身元確認書類（個人番号カード等）が必要です。受付の際に御持参ください。		
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（※）	年 月 日		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合は記入不要です。		
配偶者の有無	有		・同一世帯でない配偶者 ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方（内縁関係）も「有」になります。		
配偶者に関する事項	フリガナ	イサハヤ ハナコ			
	氏 名	諫早 花子			
	生年月日	昭和 18 年 4 月 1 日		個人番号	マイナンバーの番号
	住 所	〒 854-8601 諫早市東小路町7-1		連絡先 22 - XXXX	
	本年1月1日現在の住所（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	☐		①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	☒		③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 該当する項目を選んで✓をつけてください。		
	☐		④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。		
	☐		⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐		預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1,000万円（※④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ない場合は「0」をご記入ください。		
	預貯金額	円	有価証券 （評価概算額）	0	円 （現金・負債を含む）
				現金	※ 100,000 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
本人以外の方が提出する場合のみ記入してください。	

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。
- 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。
- 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、国の規定に基づき、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。

裏面の記入もお願いします。

同意書

諫早市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。

記入日

年 月 日

<本人>

住 所 諫早市東小路町7-1

被保険者の住所・氏名を
御記入ください。

氏 名 諫早 太郎

<配偶者>

住 所 諫早市東小路町7-1

配偶者「有」の場合は、
配偶者の住所・氏名を
御記入ください。

氏 名 諫早 花子