

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。

|                          |                          |                                                                                                                                                                   |                 |   |                   |                           |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-------------------|---------------------------|
| 収入等に関する申告                | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                  |                 |   |                   |                           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額82.65万円以下</u> です。(受給している年金に○して下さい。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。                    |                 |   |                   |                           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額82.65万円超え、120万円以下</u> です。                                                                          |                 |   |                   |                           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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】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> 。                                                                                   |                 |   |                   |                           |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 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。<br>※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<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円<br>※内容を記入してください |

|         |             |
|---------|-------------|
| 申請者氏名   | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 〒 | 本人との関係      |

- (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

由利本荘市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要がある場合には、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。

令和    年    月    日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名