

中間市長 様

次のとおり申請します。

※網掛けの箇所は不明の場合は記入不要

申請年月日

年

月

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	☐ 1:本人(被保険者)が生活保護受給者／2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者 ☐ 3:市町村民 ※ 寡婦年金 ☐ 4:市町村民 120万円 ☐ 5:市町村民	合計額が年額82万6500円以下 合計額が年額82万6500円を超え、 合計額が年額120万円を超える
	本人及び配偶者の預貯金額	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1000万円(夫婦は2000万円)、3の方は650万円(同1650万円)、4の方は550万円(同1550万円)、5の方は500万円(同1500万円)以下 ※ 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、3～5の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下	

被
保
険
者
の
情
報

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
フリガナ	ナカマ タロウ										個人番号 0									
被保険者氏名	中間 太郎																生年月日 昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日			
住所	郵便番号			0000000																
	中間市中間○丁目○番○号																			
電話番号	00000000000																			
被保険者が現在受けているサービス	☒ 介護保険施設に入所(院)している																			
	☐ 介護保険施設に入所(院)予定																			
	☐ ショートステイ																			
入所(院)している介護保険施設の名称	特別養護老人ホーム ○○																			
介護保険施設の所在地	郵便番号			0000000																
	中間市中間○丁目○番○号																			
入院(所)年月日	年 月 日																			

提出 代 行 者 の 情 報		中間 一郎		被保険者との関係	長男
				事業所の種別	
		郵便番号	0000000		
		間市中間〇丁目〇番〇号			
	電話番号	0000000000			

被保険者本人が
申請する場合は
記入不要

配偶者の情報	配偶者の有無	有																
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	ナカマ ハナコ													生年月日		昭和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日		
	中間 花子																	
	郵便番号				0000000													
	中間市中間○丁目○番○号																	
	郵便番号																	
現在の住所 (現住所と異なる場合)																		

現在、配偶者が
いない場合は
記入不要

預 貯 金 等 の 情 報	本人及び世帯全員の 市町村民税の課税状況		
	配偶者の 市町村民税の課税状況		
	本人の基礎年金番号		
	年金の種類		
	本人の1年間の 年金収入金額		
	本人の預貯金、有価証券等 及びその他(負債等)の金額	預貯金額	
		有価証券評価概算額	
		その他(負債等)額	
配偶者の預貯金、有価証券等 及びその他(負債等)の金額	預貯金額		
	有価証券評価概算額		
	その他(負債等)額		

※裏面（同意書）も
必要事項の記入を
お願いします。

同意書

(宛先) 中間市長

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。

令和〇年〇月〇日

〈本人〉

住所 中間市中間〇丁目〇番〇号

氏名 中間 太郎

〈配偶者〉

現在、配偶者がいない場合は記入不要

住所 中間市中間〇丁目〇番〇号

氏名 中間 花子

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ものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類に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) 書ききれない場合は、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。