(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

令和

年

月

日

(宛先) 松山市長 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。												4	F度						
7	フリ :	ガナ						→ ↓ ↓ □ □ □ △ →	₩. т. г	1									
	按保険者 (申 請							被保険和		7									
生	三 年)	月日	明·大	• 昭	年	月	目	個人番号											
住所			□松山市																
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)			電話番号																
入所(院)年月日 (<u>※</u>)		昭・平・令 年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合。 ショートステイを利用している場合は、記入不要で																	
配	偶者の	つ 有 無		有	· <u></u>	#		左記にお事項」に	いてつい	「無ては	」の: :、記	場合入	計は不要	、以 です	下の 上。) 「酉	记偶	者に関	する
	フリ	ガナ						個人番-											
配偶者	氏	名						生 年	月	日	Ę	月	• =	大 •	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		平 F	月	日
者に関す	住	所	□被保険者と同じ 電話番号																
っる事項	課期日	民税賦 現在のと 現住所と 場合)									月音	まで	かり	易合	は前	ĵ年	1月	月から 1日) さい。	,7 時
	課 税	状 況	市町村民	2税	彭	果税	•	非課	兑										
収入等に関する申告		非課税年金受給 有 · 無			「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」 について、当てはまるもの全てに〇をしてください。														
		年金の種類 遺族年金・障害年金 年金保					年金保隆	金保険者 日本年金機構 · 国家公務員共済・ 地方公務員共済 · 私学共済											
預貯金		金等に	□ 裏面※預斯	(別表) 庁金、有	のいずれ 価証券に	しかの こかか	利用者負 る通帳等	負担段階に等の写しは	該当 別添の	しまったとこ	す。 おり								
関	目 す る	申告	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											
被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。																			
提出	出者氏名									連絡	·先(自	主・	勤彩	6先	• 携	帯)		
 提出考は所(東業所が提出する提会 東業所名及び所在地)								* ' '	トの	月月 /	T								

ATTION OF THE PARTY OF THE PART	
提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 遺族年金には、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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。

保	窓・郵・支	介・支・申	世帯	配(課・非)	生	確認	受 付	入 力	確認
険	新・継	R \sim R	課・非	NO.	2 号	金・税・境・他			
者					l				
欄									

	利力	用者負担段階	
			預貯金等 (夫婦の場合)※2
第1段階		E民税非課税で老齢福祉年金受給 離している配偶者を含みます)	1, 000 万円 (2, 000 万円) 以下
第2段階		年金収入金額(※1)+合計所得 金額が80万円以下	650 万円 (1, 650 万円) 以下
第3段階①	本人および世帯全員が住 民税非課税(世帯には、世 帯を分離している配偶者 を含みます)	年金収入金額(※1)+合計所得 金額が80万円超~120万円 以下	550 万円 (1, 550 万円) 以下
第3段階②		年金収入金額(※1)+合計所得 金額が120万円超	500 万円 (1,500 万円) 以下

- ※1 年金収入金額には、非課税年金を含みます。
- ※2 第2号被保険者については、利用者負担段階にかかわらず「単身1,000万円以下、 夫婦 2,000 万円以下」です。

同意書

(宛先) 松山市長

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。

、私及び私の配偶者 また が同意

月 日

松山市長の報告要求に対し、銀行 している旨を銀行等に伝えて構いま	C 21 20	· · C 、 A
	<u>令和</u>	年
<本人>		
住 所		
(自署) <u>氏 名</u>		
<配偶者>		
住 所		
(自署) <u>氏</u> 名		