

介護保険負担限度額認定申請書

令和△△年〇〇月××日

松前町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）

朱肉を使った印鑑を押してください。(スタンプ式は不可)

ます。

令和△年度

フリガナ	マサキ タロウ		保険者番号	0000	×	×	×	×	×
被保険者氏名	松前 太郎		個人番号	00000000	0	0	0	0	0
生年月日	明・大・昭	△△年 〇〇月 ××日	性別	男					
住所	〒791-3192 伊予郡松前町大字筒井631番地 電話番号(089)985-4115								
申請時の状況	① 施設入所	入所(院)	令和△△年〇〇月××日	(*)介護保険施設に入所(院)していない場合又はショートステイを利用している場合は、記入不要です。					
入所(院)している介護保険施設の所在地及び名称(*)	〒791-3192 伊予郡松前町大字筒井631番地 特別養護老人ホーム 松前後場 電話番号(089)985-4115								

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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、記入不要です。						
フリガナ	マサキ ハナコ								
氏名	松前 花子								
生年月日	明・大・昭	△△年 〇〇月 ××日	個人番号	00000000	0	0	0	0	0
住所	〒791-3120 伊予郡松前町大字筒井710番地1 電話番号(089)985-0000								
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	<input checked="" type="radio"/> 非課税					

非課税年金受給	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		非課税年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金・かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。) <input type="checkbox"/> 障害年金						
受給している非課税年金保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済									
生活保護受給者	<input type="checkbox"/>									
市町村民税非課税世帯に属する者	<input type="checkbox"/>									
市町村民税非課税世帯に属する者	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下である者 <input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下である者 <input type="checkbox"/> 年額120万円超である者									
市町村民税非課税世帯に属する者	<input type="checkbox"/>									
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,234,657	円	有価証券(評価概算額)	800,000	円	その他(現金)※	150,000	円	

配偶者のいる場合は合計額を記入してください。また、預貯金通帳の写しは「銀行名・支店名・口座番号・名義人」の分かるページと申請日の直近2カ月分のページ(最終残高の分かるページ)が必要です。配偶者がいる場合は、同様に配偶者の分も必要です。

※内容を記載してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	松前 小太郎	被保険者本人以外が申請書を提出される場合は、必ず記入してください。	電話番号(自宅・勤務先)	(89)985-0000
申請者住所(事業所が提出する場合は、事業所名及び所在地)	〒791-3120 伊予郡松前町大字筒井〇〇番地〇		本人との関係	長男

裏面も記入してください。

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、その全てを記入し、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、余白に記入してください。
- (4)虚偽の申告により不正に特定入所措置、支給された額を返還している場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、返還を求められます。

裏面もご記入ください。

介護保険法第22条第1項の規定に基づき、返還を求められます。

松前町	第	段階	課税年金収入	円	第	段階	課税年金収入	円
記入欄			非課税年金収入	円			非課税年金収入	円
			合計所得金額	円			合計所得金額	円

## 同意書

松前町長 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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、照会することに同意します。

また、松前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差し支えありません。

令和△△年〇〇月××日

<本人>

住所 〒791-3192  
伊予郡松前町大字筒井631番地

氏名 松前 太郎

朱肉を使った印鑑を  
押してください。(ス  
タンプ式は不可)

印

<配偶者>

住所 〒791-3120  
伊予郡松前町大字筒井710番地1

氏名 松前 花子

朱肉を使った印鑑を  
押してください。(ス  
タンプ式は不可)

印

申請書提出者の代筆でも差し支えありませんが、必ず手書きで記入してください。