

記載例

条第1項関係)

介護保険

成年後見人や保佐人の方が本人に代わり申請する場合は、氏名等を記入し、登記事項証明の写しを添付してください。

申請者 本人 法定代理人等 (氏名)

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定を申請します。
 本件認定のために必要がある時は、官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私および配偶者(内縁関係のものを含む。以下同じ)の課税状況および保有する預貯金なら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、函館市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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。

フリガナ	カイゴ イチロウ	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	介護 一郎	個人番号										
		生年月日	明・大	昭	11	年	2	月	3	日	男	女
住所	〒040-8666 函館市東雲町4番13号 電話0138-21-3036											
入所(院)介護保険施設(介護保険施設に入所(院)していない場合およびショートステイを利用している場合は記入不要です) 所在地〒041-0806 函館市美原1丁目2番8号 名称 特別養護老人ホーム ○○○○ 電話0138-45-5483 入所(院)年月日 平・令 2年 8月 1日												

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記載してください。 ※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ	カイゴ ハナコ	被保険者番号	0	0	0	2	3	4	5	6	7	8
	氏名	介護 花子	個人番号										
	住所	〒040-8666 函館市東雲町4番13号 電話0138-21-3036											
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記入してください) 〒049-0192 北斗市中央1丁目3番10号											
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税												

収入および預貯金等に関する申告

(1)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 ※です。
(2)	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円以下です。預貯金、有価証券等の合計金額が【650 万円(夫婦は 1,650 万円)以下】※です。
(3) ①	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。預貯金、有価証券等の合計金額が【550 万円(夫婦は 1,550 万円)以下】※です。
(3) ②	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 120 万円を超えます。預貯金、有価証券等の合計金額が【500 万円(夫婦は 1,500 万円)以下】※です。
※老齢福祉年金受給者および第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は、預貯金、有価証券等の合計金額が【1,000万円(夫婦は2,000万円)以下】です。		

本人の非課税年金受給状況(受給している年金に○をつけてください。)

【遺族年金※ 障害年金】※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます

預貯金、有価証券等の合計金額 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

預貯金額	1,200,000	円	有価証券(評価概算額)	100,000	円	その他(現金・負債等)	90,000	円	※(現金)円
------	-----------	---	-------------	---------	---	-------------	--------	---	--------

※「現金」「負債」等の内容を記入してください。

連絡先

氏名: 福祉 保子 本人との関係: 子 住所: 函館市湯川町2丁目40番13号 電話: 0138-57-6161

【注意事項】

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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2条第1項の規定に基づき、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【函館市記入欄】

生活保護受給者	該当・非該当	老齢福祉年金受給	あり・なし	境界属該当	あり・なし
市民税課税状況	本課	この欄は記入しないでください。			
有効期間					
認定年月日	年 月 日	交付	判1	判2	出力

