

西予市長 様

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。

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号															
			個人番号															
生 年 月 日	年 月 日生																	
住 所	〒 ー		電話番号															
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒 ー		電話番号															
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。															

配偶者の有無		有 ・ 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、記載不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名																		
	生年月日	年 月 日生		個人番号															
	住 所	電話番号																	
	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 ・ 非課税																	

収入等に関する申告	☐	市町村民税非課税世帯	☐	非課税年金(遺族年金/障害年金)	預貯金額(夫婦の場合)														
	☐	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者				1,000万円 (2,000万円)以下													
	☐	年金収入金額(非課税年金含む)＋合計所得金額が80万円9千円以下				650万円 (1,650万円)以下													
	☐	年金収入金額(非課税年金含む)＋合計所得金額が80万円9千円超～120万円以下				550万円 (1,550万円)以下													
	☐	年金収入金額(非課税年金含む)＋合計所得金額が120万円超				500万円 (1,500万円)以下													
	預 貯 金	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()※ 円 ※内容を記入して下さい													

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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。(直近から2か月前分まで)

(3) 裏面の同意書も記入してください。

(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頂くことがあります。

※西予市記入欄

(交付年月日)	年 月 日	(備考)課税 ・ 非課税
(適用年月日)	年 月 日	合計所得金額 円／課税年金収入 円
(有効期限)	年 月 日	利用者負担段階 第 段階

(裏面)

同 意 書

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名