葉山町長 殿

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	を申請します。			
フリガナ		被保険者	音番号 5				
被保険者氏名		個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月	日	性別	男 •	女		
住 所	₸		電話	()			
入所(院)した介護 保険施設の所在地及 び名称	〒		電話	()			
入所 (院) 年月日	年 月 日		倹施設に入所(院) 用している場合は、		支 びショートステ		
配偶者の有無	有・無無の場合	は、「配偶者に	関する事項」につい	いて記載不要です。			
配 フリガナ							
偶 氏 名		個人番号					
者生年月日に	明・大・昭・平 年	月	日				
関は所	〒		電話	()			
本年1月1日 る 現在の住所(上	〒						
事 記と異なる場合) 項 課税状況	市町村民税 課税 · 非課税						
収入等に関する	□ 生活保護受給者/市町村民	税世帯非課	脱である老齢福祉	止年金受給者			
申告	□ 市町村民税世帯非課税者で	あって、					
	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が						
	年額 80 万円以下です。						
	※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。以下同じ。						
	□ 市町村民税世帯非課税者であって、						
	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が						
	年額 80 万円を超え 120 万円以下です。						
	□ 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額 120 万円を超えます。						
預貯金等に関する	□ 預貯金等の合計は基準以下	です。なお、	預貯金等に係る	通帳等の写しは	 別添のとおり。		
申告(裏面に詳細を記	 ①預貯金	円 ②	有価証券(評価構	 既算額)	円		
載してください。)	③その他	_	負債		円		

※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及び内縁関係の者を含みます。

①預貯金(口座番号及び預金残高が分かる通帳の写しを添付してください。)

金融機関等名称	店舗名(支店名)	名義人	金額
			円
			円
			円
合 計			円

②有価証券(信託会社その他の機関の口座番号及び口座残高の写しを添付してください。)

金融機関等名称	店舗名(支店名)	名義人	金額
			円
			円
			円
合 計			円

③その他(現金、タンス預金等金融機関に預入れのないものについて記載してください。)

名義人	金額
	円
	円

④負債(借入金、住宅ローン等について、借用証書等の写しを添付してください。)

借入内容	借入先	名義人	金額	
			円	
			円	

- ※預貯金等に関する申告は、配偶者についても記載してください。
- ※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、そのすべてを記載し、預貯金等の額が確認できる書類を添付してください。
- ※書ききれない場合は、余白に記載するか、別紙に記載の上添付してください。
- ※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。

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、官公署若しくは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。)に私及び配偶者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、報告を求めることに同意します。

また、葉山町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

ん(押い	ません。						
年	三月	日					
本 人							
住 所							
氏 名			電話	()		
配偶者							
住 所							
氏 名			電話	()		