

介護保険負担限度額認定申請書

令和 4年 8月 6日

栃木県下野市長 坂村 哲也 様

申請日を記入。

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	シモツケ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
被保険者氏名	下野 太郎		個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女										
	〒 329-0492		マイナンバーが分からない場合は、記入しない。											
介護保険施設の所在地及び名称（※）	名称	市笹原26番地 329-0402		下野市笹原45 介護老人保健施設 下野 連絡先 0285-98-7654										
入所（院）年月日（※）	年 月 日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。												
配偶者の有無	有 ・ 無													
配偶者フリガナ	シモツケ ハナコ		配偶者（夫または妻、及び内縁関係にある者）がいる場合、「有」に○をつけ、下記を記入。											
配偶者氏名	下野 花子													
配偶者生年月日	明・大・昭	4年 5月 9日	個人番号 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8											
配偶者住所	下野市笹原26番地		令和4年1月1日時点で配偶者の住民登録地が下野市外の場合は記入。											
課税区分	市町村税 課税 ・ 非課税													
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	<input checked="" type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】非課税年金を受給している場合は種類に○をつける。 <small>※ 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。</small>													
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。													
預貯金等に関する申告（夫婦合計）	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円以下です。													
	預貯金額	3,000,000円	有価証券 投資信託	1,200,000円	その他 (現金・負債 を含む)	500,000円 ※現金 ※内訳を記入してください。								
申請者氏名	下野 次郎		申請者 代筆した場合は、代筆者の氏名等を記入。 不要です。											
申請者住所			03-3579-2357 本人との関係											

該当する箇所にチェックする
※市民税を納めている方は原則対象外

- 本人名義のすべての預貯金等の合計額を記入する。
 ※配偶者がいる場合は、夫婦すべての預貯金等の合計額を記入する。
 ●預貯金額については、通帳の口座番号と名義人がわかるページ（見開き部分）と直近2か月分の残高が分かるページのコピーを添付する。

裏面もご記入ください。

同意書

栃木県下野市長 坂村 哲也 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（町村）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。

令和4年8月6日

<本人>

〒 329-0492

住所

下野市笹原26番地

氏名

下野 太郎

<配偶者>

〒 329-0492

住所

下野市笹原26番地

氏名

下野 花子

- 配偶者が無い場合は、本人欄のみご署名ください。
- 本人による署名が難しい場合には、**代筆者が本人の氏名等をご署名ください。**
（代筆者の氏名等の記入は不要です。）
- 後見人が代筆する場合のみ、本人氏名の後に「後見人 ○○」の形で後見人の氏名をご署名ください。