記入方法

介護保険負担限度額認定申請書

《表面》

													会和	3	年		月	•	日	
(宛	5先)原	国南市	Ę										TITH	5	Ī		3	年	度	
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に								に係る	負担	限度額詞	麦額認定を申請しま			E す。			5		IX.	
フ	リガ	ナ		シュウナ	ン	タロウ		-	被係	保険者 番	:号	0	1 2	2 3	4	5	6 7	8	9]
被保険者氏名			周南 太郎					1									+			
生	年 月	日	明	・大	• (昭) 12 1	≢ 2 月 2	日	性		別			男			女			
住		所	周南市○○一丁目1番1号 電話番号 (0834)●● - ●●●●																	
入所 (院) した介護 保険施設の所在地			周南市〇〇町2番2号 特別養護老人ホーム しゅうなん 電話番号 (0834) ○○ -○○○○ ※入所 (院) していない場合 及びショートステイ利用															7		
及び名称							ンゆりなん 電	話番号	の大け コスエ亜ズオ											
入所	(院) 年月	日	昭・平・会 3 年 ● 月 ● 日 の方は、記入不要です。															J		
配化	配偶者の有無			有			!!!	ж Г	※「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください									۱,		
	フリガナ			シュウラ	トン	ハナニ	1			88 -			大・昭		. 3	亚				/
配偶者に関する事項	氏 名			周i	南	花	子	生	年	月日							8年8月			1
			☑被	保険者	と同	じ										/				>
ず	住	所	□ 被保険者と同じ 電話番号 (0834) ● - ● ● ● ■																	
る 7	本年1月 在の住所	1日現 (現住所													\mathcal{T}					
1~	と異なる	場合)	====	市町村民税 □ 課税 ☑ 非課税																
	市木 竹兀	1A //L	111111	们氏依			市木 作	14 7	市木打兀			_)
非課	税年金	非課	『税 年 金 受 給 ☑ 有 · □ 無 ※「有」の場合は、「年金の種類」と「年金保険者」について、 あてはまるものすべてに○をしてください。																	
の受給状況 年			金 の) 種	類	遺族年	金 障害年金	年金	年 金 保 険 者 <u>日本年金機構</u> ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済											
	1111	① 生活市町村島			である	る老齢福	祉年金受給者				(貯金、) 万円							<u>下で</u> ?	す。	
収			村民税世帯非課税者であって、 金収入金額※とその他の合計所得金額の が 年額 80 万円以下 です。 ※非課税年金を含む														=1.48			
―――――――――――――――――――――――――――――――――――――	1 1 1 1															質の合計が 万円)以下で1				
関																				}
する			町村民税世帯非課税者であって、					等に関す		⊘ _1	和此人	. ≠	右価証金	类生 (n 수 :	鐂の	合計:	ร์รั		
申	W		F金収入金額※とその他の合計所得金額の 類が 年額 80 万円を超え 120 万円以下 です。								③-1 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円(夫婦は合計 1,550万円)以下です。									
告	ļ		※非課税年金を含む					のする申告												
		公的年	金収入	金額※。	ヒその		って、 所得金額の合 ^{果税年金を含む}	計			③-2 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円 (夫婦は合計 1,500万円)以下です。) /
3	預貯金		●, ●●●, ●●● 円 有価証券						0 円 その他 (現金・負債を含む) (内容) 円	}	
※申請	者が被保	険者本人	の場合	には、下	記につ	いて記入	は不要です。												. 4	,
申請	氏	名	周南 里子							電影	舌番	号	(0	90)_				_	
者	住 所		周南市○○3丁目3番3号							本人	との関	係		子						

→ 提出する日をご記入ください。
 (令和3年8月1日~令和4年7月31日有効なものは3年度です。)

→ 被保険者番号、個人番号(マイナンバー)をご記入ください。 わからない場合や記入が困難な方は、省略できます。

「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」 「介護医療院」に入所している場合のみご記入ください。

▼配偶者がいらっしゃる方は、「有」に○をしてください。内縁関係も 含みます。配偶者に関する事項をすべてご記入ください。 「無」に○をされた方は、配偶者に関する事項は記入不要です。

──★ 「収入等に関する申告」

令和2年中の収入について、被保険者の課税年金収入+非課税年金収入(遺族年金・障害年金)+その他の合計所得の総合計に当てはまるところにチェックしてください。

※非課税年金を受給されている方は、「有」にチェックをし、【遺族 年金・障害年金】のどちらかに「〇」をご記入ください。

また、受給している年金の年金保険者に○をしてください。

※非課税年金を受給されていない方は、「無」にチェックをしてください。その場合、年金保険者の箇所は、記入不要です。

「預貯金等に関する申告」

▼「収入に関する申告」でチェックをされた行と同じ並びの預貯金等の金額に該当される場合は、チェックしてください。

配偶者がいる場合は、夫婦での合計額をご記入ください。 ▼ なしの箇所については「0」円をご記入ください。

※預貯金通帳は、「銀行名・支店名・口座番号・口座名義人様の お名前がわかるページ(通帳を1枚めくったページ)」、「最終 残高のページ (申請日から2か月以内)」の写しが必要です。なお、 年金が振込されている通帳は、年金受給状況の確認のため、「年 金振込のわかるページ」の写しも添付をお願いいたします。

▶ 日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。

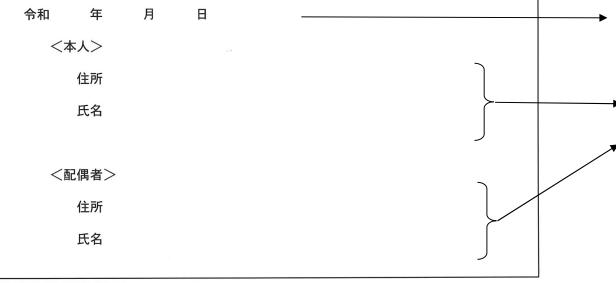
※裏面もご確認ください※

同 意 書

(宛先) 周南市長

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、周南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。



※記名の場合は、氏名の横に押印が必要です。

※訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。

▶ 提出する目をご記入ください。

被保険者についてご記入ください。

被保険者に配偶者がいる場合にご記入ください。

※同意書については、記名(スタンプや印刷によるもの) である場合、氏名の横に押印が必要です。

なお、訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。