

(申請先)

北海道厚岸郡浜中町長 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	ハマナカ タロウ	保険者番号	0 1 6 6 3 4
被保険者氏名	浜中 太郎 (印) (印)	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
生年月日	明・大・昭 11年 11月 11日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
住所	〒 088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1	性別	(男) ・ 女
住所	〒 088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1	連絡先 自宅	電話番号 0153(62)2319
入所(院)した介護保険施設の所在及び名称(※)	〒 088-1514 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1 浜中町 特別養護老人ホーム はまなか	連絡先	電話番号 0153(62)2111
入所(院)年月日(※)	(昭・平) 20年 8月 1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。	
施設の種類の	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. ショートステイ		

配偶者の有無(事実婚も含む)	(有) ・ 無	※世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。 ※左記において「無」の場合は、以下の配偶者に関する記載は不要です。	
フリガナ	ハマナカ ハナコ		
配偶者の氏名	浜中 花子		
生年月日	明・大・昭 12年 12月 12日	個人番号	
住所	〒 088-1514 浜中町霧多布東4条1丁目1番地1	連絡先 ケイタイ	電話番号 090-111-1234
本年1月1日の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒		
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課税 (非課税) ※いずれかに○を付けてください。		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者 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。 (受給している年金に○して下さい。) ※ 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。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共
	<input type="checkbox"/> 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80万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい。)	
預貯金等に関する報告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	3,000,000 円
	有価証券(評価概算額)	なし 円
	その他(現金・負債を含む)	なし 円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	浜中 花子	連絡先(自宅・勤務先)	0153(62)2319
申請者住所	浜中町霧多布東4条1丁目1番地1	本人との関係	妻

【注意事項】

- 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。
- 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下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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。

浜中町記入欄(ここからは記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 80万円超	<input type="checkbox"/> 世帯課税
<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給			<input type="checkbox"/> 別居の配偶者課税
<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 預貯金額基準超
			<input type="checkbox"/> 第4段階
交付年月日	備考		
年 月 日			
適用年月日			
年 月 日			
有効期限			
年 月 日			

預貯金基準	
<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦
(申告額計 円)	
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当

# 同意書

北海道厚岸郡浜中町長 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、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(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。

平成 **28**年 **7**月 **15**日

< 本人 >

住所 **浜中町霧多布東3条1丁目12番地1**

氏名 **浜中太郎**



< 配偶者 >

住所 **浜中町霧多布東4条1丁目1番地1**

氏名 **浜中花子**

