

令和      年      月      日

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。

|                                         |                          |                                                                                                                                                              |                 |   |                   |                                              |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-------------------|----------------------------------------------|
| 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老齢福祉年金受給者                                                                                                                             |                 |   |                   |                                              |
|                                         | <input 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。<br>( <u>受給している年金に〇して下さい。以下同じ。</u> )<br>※ 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。 |                 |   |                   |                                              |
|                                         | <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 <u>年額80万円を超え、120万円以下</u> です。                                                                       |                 |   |                   |                                              |
|                                         | <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 <u>年額120万円を超えます</u> 。                                                                              |                 |   |                   |                                              |
| 預貯金等に関する申告<br><small>※通帳等の写しは別添</small> | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。  |                 |   |                   |                                              |
|                                         | 預貯金額                     | 円                                                                                                                                                            | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円<br><small>※内容について記入してください。</small> |

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。

- (1) この申請者における「配偶者」については、世帯分離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ください。
- (3) 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。
- (4) 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。

|         |                                    |       |                    |
|---------|------------------------------------|-------|--------------------|
| 個人番号確認  | 拒否・番号カード・通知カード                     | 代理権確認 | 保険証[医療/介護]・委任状・( ) |
| 申請者身元確認 | 運転免許証・パスポート・保険証[医療・介護]・介護負担割合証・( ) |       |                    |

|                  |       |                                                                                    |        |  |
|------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 交付年月日 | 確認事項                                                                               | 備<br>考 |  |
|                  | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住している配偶者)<br><input type="checkbox"/> 通帳等収入に関する書類 |        |  |
|                  | 適用年月日 | <input type="checkbox"/> 同意書記入<br><input type="checkbox"/>                         |        |  |
|                  | 年 月 日 | 利用者負担段階                                                                            |        |  |
|                  | 有効期限  | 食 費 第 段 階                                                                          |        |  |
|                  | 年 月 日 | 居住費 第 段 階                                                                          |        |  |

【注意事項】

- ◇ 配偶者は世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
- ◇ 配偶者が佐伯市外に居住している場合は、税証明を添付してください。
- ◇ 預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべての通帳の写しが必要です。
- ◇ 預金通帳の写しは、2か所(口座名義等の記載ページと口座残高の記載ページ)が必要です。
- ◇ 預貯金等については金融機関等に照会することがあります。
- ◇ 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。