

同 意 書

七 戸 町 長 殿

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、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 年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

【記入例】太枠の中を記入してください
申請者本人、配偶者なしの場合

保険負担限度額認定申請書

令和 5年 8月 1日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

申請日は令和5年
8月1日以降にする

フリガナ	シチノヘ タロウ	被保険者番号	00000000000000000000
被保険者氏名	七戸 太郎	個人番号	* * * * * * * * * * * *
		生年月日	大(昭) 〇年 ×月 △日生
住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	電話番号	0176-68-2500
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	電話番号
入所(院)年月日 (※)	平(令) 年 月 日		
配偶者の有無	有・(無)	有の場合、「配偶者に関する事項」を記入してください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/①市町村が定める世帯非課税者	いない場合は「無」に○をつけ、裏面は記載不要です		
	<input checked="" type="checkbox"/>	②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80万円以下です。(受給している年金に○をつけてください。以下同じ)	非課税年金収入の種別を記入する(受給している年金に○をつける)		
	<input type="checkbox"/>	③-1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80万円以下です。	該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	750,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)

結果送付先	住所地・申請者宅・(居宅事業所(町包括))・入所施設・その他()
-------	-----------------------------------

○申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です

申請者氏名	送付先に○をつけてください		
申請者住所	〒 -	電話番号	送付先
		本人との関係	

注意事項

- (1) 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。
- (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。

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日		入力 /
有効期限	令和 年 7月 31日	第 段階	送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ		被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	△	△	△	△	△	△		
配偶者氏名		個 人 番 号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
		生年月日	大・昭			年	月		日生					
住 所	〒	—												
		電話番号 0176-68-3500												
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	—												
		電話番号												
課税状況	市町村民税		課税				・						非課税	

【記入例】太枠の中を記入してください
申請者代行、配偶者ありの場合

保険負担限度額認定申請書

令和 5 年 8 月 1 日

申請日は令和5年
8月1日以降にする

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

フリガナ	シチノヘ タロウ	被保険者番号	00000000000000000000
被保険者氏名	七戸 太郎	個人番号	* * * * *
		生年月日	大(昭) 〇年 ×月 △日生
住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	電話番号	0176-68-3500
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	電話番号
入所(院)年月日 (※)	平(令) 年 月 日		
配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	有の場合は、裏面の「配偶者に関する事項」を記入してください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	年齢福祉年金受給者			
	<input checked="" type="checkbox"/> ②市町村民税非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計が年額80万円以下です。(受給している年金に) ※寡婦年金、遺族年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む	非課税年金収入の種別を記入する (受給している年金に○をつける)			
	<input type="checkbox"/> ③-1市町村民税非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計が年額120万円を超えます。	該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です			
	<input type="checkbox"/> ③-2市町村民税世帯非課税者であつて、 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120万円を超えます。	その他の合計所得金額の合計額が			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)	送付先に○をつけてください			
預貯金額	1,500,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 60,000円 ※内容を記入してください

結果送付先	住所地・申請者宅	<input checked="" type="radio"/> 居宅専門所(町包括)	入所施設	その他()
-------	----------	---	------	--------

○申請者が被保険者本人の場合に以下の記載は不要です。

申請者氏名	七戸町地域包括支援センター	連絡先【自宅・携帯電話・勤務先】	〇〇 〇〇	電話番号	0176-68-3500
申請者住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	本人との関係			

- 注意事項
- (1) この申請書は、この項目は配偶者と合算です。申請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、有価証券等の場合は、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) 書ききれない場合は、別紙に添付してください。
 - (4) 虚偽の申告により不正に給付を受けた場合には、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。

町記入欄			
交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日		入力 /
有効期限	令和 年 7 月 3 1 日	第 段階	送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ	シチノヘ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 0 △ △ △ △ △ △
配偶者氏名	七戸 花子	個人番号	* * * * * * * * * * * *
		生年月日	大・ <u>昭</u> ○年 ×月 △日生
住 所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5 電話番号 0176-68-3500		
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒039-2792 ※現住所と異なる場合のみ記入 電話番号		
課税状況	市町村民税	課税	・ <u>非課税</u>

課税状況をお知らせ願います

同 意 書

七 戸 町 長 殿

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、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 5 年 8 月 1 日

申請日と同じ日付
を記入する

<本 人>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 太郎

<配偶者>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 花子