年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | | |  | | | | | 保険者番号 | | | | | 212043 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | | | 明 ・ 大 ・ 昭 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | | | 〒  電話番号 　 　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称（※） | | | 電話番号 　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する  事項 | フリガナ | |  | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭・平  年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本年１月１日現在の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | 市町村民税　　　　　　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等及び預貯金等に関する申告 | | | □ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である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、合計所得金額及び  【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が年額80万９千円以下  かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦の場合は1650万円）以下（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  　 【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が80万９千円超、120万円以下  　 かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦の場合は1550万円）以下（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  　 【□遺族年金・□障害年金】収入額の合計額が120万円を超える  　 かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦の場合は1500万円）以下（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （※）40～64歳（２号）被保険者及び第1段階該当者については、預貯金等の合計が1000万円（夫婦の場合は2000万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金に関する申告 | | | □ 日本年金機構 | | □ 地方公務員共済 | | | | □ 国家公務員共済 | | | | | | | | | □ 私学共済 | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | | 有価証券  (評価概算額) | | | 円 | | | | | | | その他  (現金・負債を含む) | | | | | （　　　　※）  円  ※資産の内容を記入 | | | | | |
| 住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　本人との関係　　　　　　　　　 ）  電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　※申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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保有している場合は、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。

|  |
| --- |
| 同意書  多治見市長  　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、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。  　　　 　　年　　　　月　　　　日  　　　　＜本人＞  　　　　　　　　　住所    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ＜配偶者＞  　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

多治見市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　考 |
| 年　　月　　日 | 所得要件　　　　　適　　・　　不適  資産要件　　　　　適　　・　　不適  承 認　・ 不 承 認  第　　段階 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日  　　　から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日  　　　まで |

受付印

|  |  |
| --- | --- |
| システム処理 | |
| 氏名 | 交付 |
|  | □　手渡し  □ 　郵送 |