

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

提出日をご記入ください。

(申請先)：明石市長

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	アカシ タロウ	被保険者氏名	明石 太郎	被保険者番号	0000001111	
生年月日	昭和8年8月8日	住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号			
住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号				性別欄を削除しました。	
住所	連絡先 078-918-5091					
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム〇〇〇				不明な場合は空欄で結構です。	
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。	
フリガナ	アカシ ハナコ	氏名	明石 花子	この申請書における配偶者とは事実婚も含む、婚姻の相手方をいいます。		
生年月日	明・大(昭)9年9月9日	住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号			
住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号					
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	神戸市〇〇区〇〇町〇〇				令和5年1月1日の住所が、現住所と異なる場合のみ記入してください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下で、かつ預貯金が650万円(夫婦で1,650万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい) ※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。				
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円超120万円以下で、かつ預貯金が550万円(夫婦で1,550万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額120万円超で、かつ預貯金が500万円(夫婦で1,500万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい)				
預貯金等に関する申告	預貯金額	800,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(借入金) 380,000円

＜個人番号について＞

個人番号 配偶者ありの場合は、夫婦の合計額を記入してください。無ければ『0』を記入してください。

平成28年1月1日から利用に係る部力が施行されたことにより、本申請書においては個人番号の記載が無いことによる不利益を受けることはありません。認知症その他の理由で個人番号が記入できない、または個人番号の記入を希望しない場合は、個人番号欄は空白と

マイナンバーを記入してください。

被保険者個人番号	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- 被保険者が認知症その他の理由で個人番号が記入できない
- 被保険者が個人番号の記入を希望しない

その他の理由とは…本人の状況により番号がわからない、書けない、など

個人番号を記入できない・しない、という場合は、必ずどちらかにチェックを入れてください。

- 配偶者が...
- 配偶者が...

ウラ面も必ずご記入ください。

同意書(兼誓約書)

明石市長 殿

- ◎ 申請書の記載内容に虚偽のないことを誓約します。
 - ◎ 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、私が同意している旨を

必ずご記入ください。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

署名してください。

〈 本人 〉

住 所 明石市中崎1丁目5番1号

氏 名 明石 太郎

**配偶者がいる場合は
配偶者も署名してください。**

〈 配偶者 〉

住 所 明石市中崎1丁目5番1号

氏 名 明石 花子

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。

代理人氏名	代理人がいる場合、 記入してください。	連絡先(自宅・勤務先)
代理人住所		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保有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。

明石市処理欄 ※この欄は記入不要です			
利用者負担段階		生活保護	
第1段階 <input type="checkbox"/>	第2段階 <input type="checkbox"/>	第3段階 <input type="checkbox"/>	第4段階 <input type="checkbox"/>
		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
市民税		備考	
被保険者	課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/>		
世帯	課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/>		
市の処理欄となりますので、 記入しないでください。			
資産			
单身 <input type="checkbox"/>	夫婦 <input type="checkbox"/>	合計	円
預貯金 <input type="checkbox"/>	() 円	有価証券 <input type="checkbox"/>	() 円
		その他 <input type="checkbox"/>	() 円
備考			

身元確認書類

- 個人番号カード 介護支援専門員証
- 運転免許証 負担割合証 医療保険証
- 被保険者証 その他 ()

供 覧	課長	係長	係