

介護保険補足給付の資料

目 次

2. 豊橋市	1
5. 瀬戸市	6
6. 半田市	8
8. 豊川市	10
10. 碧南市	13
11. 刈谷市	15
12. 豊田市	17
17. 常滑市	18
18. 江南市	20
19. 小牧市	22
26. 尾張旭市	25
27. 高浜市	27
29. 豊明市	29
30. 日進市	31
32. 愛西市	36
33. 清須市	40
36. みよし市	42
39. 東郷町	44
41. 大口町	46
42. 扶桑町	49
43. 大治町	52
44. 蟹江町	54
51. 設楽町	56

27年8月から

●低所得の方（住民税非課税世帯）への施設入所等の居住費・食費の軽減についての支給基準が変わります。

「特定入所者介護サービス費」の給付対象者は？

●申請が必要です！→「介護保険負担限度額認定申請書」

早期認定証発送のため、6月中の申請提出にご協力ください。

※給付を受けるためには申請が必要です。有効期間は8月1日から7月31日までの1年間です。毎年申請が必要です。

※更新申請の方は原則有効期間終了日である7月末日までに申請していただく必要があります。発送に時間を要しますので早期提出（6月中）にご協力ください。8月以降の申請→申請月の1日からの給付となります。

所得要件

- ア.市民税非課税世帯であること
- イ.世帯分離していても配偶者が非課税であること
 - ・申請書に配偶者の氏名・生年月日・住所の記入が必要

ア・イ両方に該当する

アまたはイに該当しない

添付書類が必要です

資産要件

- ア.預貯金が一定額以下であること
 - 単身・・・1,000万円以下
 - 夫婦・・・2,000万円以下
- ※預貯金・有価証券等の額を通帳等の写しなどと共に申告
添付書類が必要です。詳細は別添記載例裏面を参考にしてください。

給付対象外

アに該当

アに該当しない

申請者の内給付対象外となった方には「不支給決定通知書」を発送いたします。

「特定入所者介護サービス費」が給付されます。
「決定通知書」及び「介護保険負担限度額認定証」を交付します。

給付対象外

お問い合わせは・・・
豊橋市役所長寿介護課
TEL 0532-51-3130

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

豊橋市長 様

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。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0								
被保険者氏名	Ⓜ		性別	男 ・ 女										
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日													
住 所	連絡先													
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先													
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平 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	
	氏 名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
	住 所	連絡先
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	<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の合計額が年額 80 万円以下です。				
	<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の合計額が年額 80 万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円

※内容を記入して下さい

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	連絡先（自宅・勤務先）※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	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、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

豊橋市長 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、豊橋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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

表面 記載例
裏面の記載もお願いします

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先)

豊橋市長

添付書類が必要です。添付書類詳細については裏面を参考にしてください。

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	トヨハシ イチロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	豊橋 一郎		性別	女									
生年月日	明・大・昭 15年1月8日		押印※裏面にも押印必要										
住所	豊橋市〇〇町1番地		住民票の住所を記載										
入所(院)した介護保険施設の所在地及名称(※)	介護保険施設に入所(院)している		特別養護老人ホーム 〇〇		連絡先 51-〇〇△△								
入所(院)年月(※)	場合のみ記載		平 20年4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。								

配偶者の有無	有		左記においてについては、		配偶者「無」の場合 「配偶者に関する事項」欄 →記載不要		
フリガナ	トヨハシ ハナコ						
氏名	豊橋 花子						
生年月日	明・大・昭・平 18年6月10日						
住所	豊橋市△△町1番地		配偶者の住民票の住所を記載				
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)							
課税状況	市町村民税 課税		非課税		分からない場合未記入で提出して下さい。市で調査し記入いたします。		

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ある老齢福祉年金受給者					
	<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の合計額が年額80万円以下です。		該当する項目にし点			
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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の合計額が年額80万円を超えます。		現金・負債など()に内容記載			
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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					
添付した通帳の残高の合計金額を記載	預貯金額	500万円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※	50万円

※内容を記入して下さい

申請者氏名	豊橋 太郎		連絡先(自宅・勤務先)	51-△△△〇 090-0000-0000		申請者が被保険者本人以外の場合のみ記載 昼間連絡のつく電話番号を記載
申請者住所	豊橋市△△町1番地		本人との関係	長男		

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配偶者については、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。
- 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。
- 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

豊橋市長 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。

申請日は記入しないでください。

平成 年 月 日

<本人>

住所 豊橋市〇〇町1番地
氏名 豊橋 一郎

<配偶者>

住所 豊橋市△△町1番地
氏名 豊橋 花子

表面の住所と同じく、住民票の住所を記載してください。

2人の押印を忘れない様お願いいたします。

配偶者の範囲について注意点

- ① 戸籍上の婚姻に限らず、事実上婚姻状態にある場合も含まれます。
- ② 婚姻中であっても、DV防止法における配偶者からの暴力が有る場合、行方不明の場合などは配偶者の範囲外となる場合がありますので、市役所長寿介護課までお問い合わせください。

添付書類について

複数所有している場合はそのすべてを記載し、下記写しを添付してください。配偶者無の場合被保険者本人の名義のみ、配偶者有りの場合夫婦2人の名義の写しが必要です。夫婦以外の者の写しは必要ありません。

1 預貯金・・・通帳の写し・・・以下2点の確認できる通帳の写し

- ① 金融機関名・支店名・口座番号・名義
- ② 最終の残高が確認できるページ ※申請前の最終の取引が記帳されたもの

預貯金に関しては、必ず通帳の写しの添付して下さい。複数ある方は複数添付が必要です。添付された通帳の残高の合計が申請書「預貯金額」欄の金額となります。

2 信託や有価証券・・・購入した金融機関の口座残高の確認できるものの写し

※株式・国債・地方債・社債など 添付が困難な場合はその理由を余白に記載してください。

3 負債・・・借用証書など負債額と名義の分かるものの写し

※預貯金等から差し引きます。借り入れ、住宅ローンなど 上記1・2の合計が基準額を超え給付対象外となる場合記載してください。添付が困難な場合はその理由を余白に記載してください。

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 瀬戸市長

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。

年 月 日

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	印	性別	
生年月日			
住所	〒	連絡先	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒	連絡先	
入所(院)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、記載不用です。
配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	〒 連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒
課税状況	市町村税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	1 市町村住民税が世帯全員非課税 2 その他(生活保護受給者・老人福祉年金受給者)				
預貯金等の申告(夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また、通帳等の写しを添付してください。				
	預貯金額	円	有価証券・信託	円	その他(現金・負債を含む) ※ () 円

※内容を記入してください。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		連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	〒	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。
- (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。

瀬戸市記入欄

交付年月日	年 月 日	利用者負担段階	1・2・3 段階	備考
適用年月日	年 月 日	預貯金等合計額	円	
有効期限	年 月 日	配偶者課税状況	課税・非課税	

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

(本人)

〒

住所

氏名

印

(配偶者)

〒

住所

氏名

印

*** 市町村民税世帯課税者の方や配偶者が市町村民税課税の方、または預貯金等が一定額を超える方は申請書の提出は不要です**

半田市

注 ・裏面にもご記入・押印いただく箇所があります。
 ・裏面の注意事項をご確認いただき、ご記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 半田市長 殿

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。

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号 0 0 0 0									
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
住所	連絡先 () -									
使用予定施設の種類	①ショートステイ ②介護老人福祉施設 ③介護老人保健施設 ④介護療養型医療施設									
入所(院)施設名(※1)	入所(院)年月日(※1)						平成 年 月 日			

※1 上記②～④を利用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		下記「配偶者に関する事項」は、配偶者が別世帯の場合であっても記入が必要となります。左記欄が「無」の場合は、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			世帯
	氏名			同世帯 ・ 別世帯
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
	住所	□被保険者と同じ		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	連絡先 () -		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

※2 配偶者の方が市町村民税課税の場合は非該当になるため、申請書の提出は不要です。

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ある高齢福祉年金受給者		
	<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の合計額が 年額80万円以下 です。		
	<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の合計額が 年額80万円を超え ます。		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000万円(夫婦は2000万円)以下 です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり		
	預貯金額	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む)
	円	円	() ※ 円

※内容を記入してください。

申請者氏名 □本人	連絡先
申請者住所 □被保険者と同じ	本人との関係(続柄)

市記入欄

認定段階	1 2 3 4	郵送先	
適用年月日	年 月 日から	郵送日	
交付年月日	年 月 日		

受付日	受付者	入力	確認

同意書

半田市長 榊原 純夫 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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

注意事項

■「申請書」の記入・押印もれがないかご確認ください。

申請書には表裏で合計3か所押印していただく箇所があります。お忘れなく押印していただくようお願いします。

■配偶者の有無について

「配偶者に関する事項」欄には、同一世帯か別世帯かに関わらず、配偶者がいる場合は必ずご記入ください。

■預貯金等の申告について

本人及び配偶者の預貯金等の残高は、表面の「預貯金等に関する申告」欄に全て記入して申告ください。また、通帳等の写し、残高等の写しは①「銀行名・支店・口座番号・名義」②口座残高記載ページ（過去2カ月以内のもの）が分かるようコピーし、本人分及び配偶者分を該当するもの全てご提出いただくようお願いします。

■不正受給が判明した場合の対応

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。

■その他注意点

詳しい制度の変更点・注意点等については、別紙「平成27年度介護保険負担限度額認定更新のご案内」をご確認ください。

介護保険負担限度額認定を受けている皆様

豊川市健康福祉部介護高齢課

**特定入所者介護サービス費【介護保険負担限度額認定証】に関する手続きについて
(お知らせ)**

日頃は、本市介護保険業務にご理解、ご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、現在お持ちの負担限度額認定証の有効期限が平成27年7月31日までとなっております。

平成27年8月の介護保険制度改正に伴い、負担限度額認定対象者の要件が下記(1)のとおり変更となりますので、引き続き負担限度額認定を受ける場合は下記(2)の書類の提出が必要となります。

お手数をお掛けして申し訳ありませんが、手続きをお願いいたします。

記

(1) 認定対象者の要件

特定入所者介護サービス費【負担限度額認定者】とは、所得が低い利用者が施設サービスや短期入所サービスなどを利用した時にかかる食費・居住費(滞在費)の負担を軽減するために支給される介護補足給付です。認定者の要件は次の①・②の両方を満たす場合となります。(詳しくは、同封のチラシをご覧ください。)

①本人及び世帯全員(世帯分離の配偶者を含む)が市町村民税非課税の場合

※世帯分離しても、配偶者が市町村民税課税者の場合は、対象となりません。

②預貯金等が、単身で1,000万円、夫婦で2,000万円以下の場合

(2) 提出書類(負担限度額認定を受けるに当たり必要な書類)

①介護保険負担限度額認定申請書【同封】

②同意書【同封】

③預貯金(通帳)等の写し(直近2か月の動きがわかり、金融機関名・支店名・口座番号・名義人がわかるもののコピーをお願いします。)

・本人

・配偶者(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)

【同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを添付して下さい】

①・②にご記入・ご捺印していただき、③を添付の上、市役所介護高齢課、又は各支所に提出してください。

※市町村民税の課税者には納税通知書をお送りします。【豊川市では6月15日発送予定】

(3) 負担限度額認定結果について

平成27年6月22日(月)までの受付分は7月下旬に結果を郵送にてお知らせします。それ以降の受付分は、準備が整い次第(8月以降)お送りします。

※8月末まで受付分の負担限度額認定証の有効開始は、8月1日からとなります。

(問い合わせ先 豊川市健康福祉部介護高齢課介護認定係 電話 0533-89-2286)

介護保険負担限度額認定申請書

豊川市長

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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	Ⓔ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男 ・ 女
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（※）	〒 - 名称 電話番号 ()		
入所（院）年月日（※）	昭・平 年 月 日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合は、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			
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	住所 <small>（被保険者と異なる場合のみ記入）</small>	〒 - 電話番号 ()		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 -		
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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	<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の合計額が年額80万円以下です。				
	<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の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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【直近2カ月の動きがわかるようにしてください】				
	預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円	その他 <small>（現金・負債含む）</small>	() ※

※内容を記入してください

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		本人との関係	
申請者住所 <small>（上記住所と異なる場合のみ記入）</small>	〒 - 電話番号 【自宅・勤務先】 ()		

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せん。
- (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

豊川市長 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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(宛先) 碧南市長

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		被保険者番号		2	3	2	0	9	0
被保険者氏名	①	性別	男・女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	連絡先								
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先								
入所（院）年月日（※）	昭・平 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	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	連絡先
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<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の合計額が年額 80 万円以下です。			
	<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の合計額が年額 80 万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)

※内容を記入してください。

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

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。
- 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。
- 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

(宛先) 碧南市長

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、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

Ⓜ

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

刈谷市長
次のとおり申請します。

被保険者サービスを受ける本人	フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0	0										
	氏名	Ⓜ		性別	男・女														
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	住所	電話番号 () -																	
	現在入所中の場合(短期入所は除く。)	介護保険施設名				入所年月日				年	月	日							
	所在地	電話番号 () -																	

配偶者の有無 有 ・ 無 ※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。

配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							
	住所	□本人と同じ		電話番号 () -				
	1月1日現在の住所	現住所と異なる場合のみ記入してください。						
	市町村民税課税状況	非課税 ・ 課税						

本人の収入等に関する申告

生活保護受給者又は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、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下

市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円超

預貯金等に関する申告

配偶者「無」の場合であって、本人の預貯金、有価証券等の金額の合計額が1,000万円以下

配偶者「有」の場合であって、預貯金、有価証券等の金額の合計額が夫婦合わせて2,000万円以下

種別	本人		配偶者	
預貯金額	円		円	
現金	円		円	
有価証券	無・有(評価概算額)	円	無・有(評価概算額)	円
負債	無・有	円	無・有	円
その他	無・有(種類)	円	無・有(種類)	円
計		円		円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者	氏名			本人との関係	
	住所	□本人と同じ		電話番号 () -	

注意事項

- この申請書における「配偶者」には、本人と別世帯の配偶者や内縁関係の人も含みます。
- 預貯金等に関する申告について
 - 通帳(金融機関名・店舗名・口座番号・口座名義人、残高及び定期預貯金額その他申告内容の証拠となる箇所が確認できる部分)の写しを添付してください。
 - 「負債」には借入金、住宅ローン等を記入し、借用証書の写しを添付してください。
 - 「その他」には金・銀、投資信託の評価額等を記入し、証拠書類を添付してください。
- 虚偽の申告により、不正に負担限度額認定による支給(特定入所者介護サービス費等)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。

裏面の同意書も記入してください

市記入欄		非課税	預貯金等計		印 同意 通帳	保護 印 資格	特例 印 同意 申請書	認定 却下	受付者
	単身	本人	単身	円					
	夫婦	本人・配偶者	夫婦	円					

同意書

刈谷市長

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、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、刈谷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。

平成 年 月 日

被保険者本人 住 所

氏 名 印

配偶者 住 所

氏 名 印

豊田市介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			被保険者番号																	
被保険者氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日													
			性別	男・女																
住 所	〒		電話番号 () -																	
介護保険施設の所在地及び名称 (在宅者は記入不要)	〒		入所(院)年月日	平成	年	月	日													
			施設電話番号 () -																	
配偶者の有無	有・無		配偶者の市町村民税の課税状況	課税・非課税																
1	生活保護受給者ですか。 ※「はい」の場合、2～5は記入不要。															はい	いいえ			
2	あなたの世帯は、市民税非課税世帯ですか。 (世帯のなかで市民税を課税されている人がひとりもいないですか。)															はい	いいえ			
3	あなたは、高齢福祉年金を受給していますか。															はい	いいえ			
4	あなたの合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下ですか。															はい	いいえ			
5	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下ですか。															はい	いいえ			
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									
※預貯金額等の確認のため、預貯金額等のわかる書類(預貯金通帳の表紙、残高がわかるページの写し等)を添付してください。																				
<p>豊田市長 様</p> <p>上記のとおり食費・居住(滞在)費に係る負担限度額認定の申請をします。</p> <p>1 私及び私の世帯員の所得の状況及び公的扶助の受給の有無について豊田市が調査することに同意します。</p> <p>2 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有価証券等残高について、報告を求めることに同意します。</p> <p>3 豊田市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。</p> <p>4 入所(院)中の介護保険施設及びサービス計画作成を依頼した居宅介護(介護予防)支援事業者に対して申請結果の情報を提供することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p>																				
			申請者(被保険者)						配偶者(いない場合は記入不要)											
生年月日			(上記に同じ)						明・大・昭 年 月 日											
住 所			(上記に同じ)																	
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)																				
氏 名			印						印											
結果の送付先			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所(院)中の介護保険施設 <input type="checkbox"/> サービス計画作成居宅介護(介護予防)支援事業者																	
上記以外の送付先			〒 氏名 統柄 () 電話番号																	

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、その全てを記入してください。
- 書き切れない場合は、裏面に記入するか、別紙に記入の上添付してください。
- 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(負担軽減額と併せ最大3倍の額)を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

常滑市長 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 被保険者氏名		被保険者番号	
		性 別	男 女
生年月日			
住 所	〒 連絡先		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称（※）	〒 連絡先		
入所（院） 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 氏 名	
	生年月日	
	住所	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	
課税状況	市町民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<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の合計額が年額80万円以下です。			
	<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の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	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)

※内容を記入してください

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本院との関係

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

常滑市長 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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

江南市長 殿

下記のとおり、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				被保険者番号		
被保険者氏名	印					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女
住所	〒 - (電話番号 - -)					
施設の種類	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設			
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護			
施設の名称						
入所(院)年月日	平成	年	月	日	※短期入所の場合は記入不要	
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者、または、住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 ※具体的な内容・金額を記入	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円
	その他 (現金・負債等)					
配偶者の有無	有・無 ※配偶者「有」の場合は【配偶者に関する事項】をご記入ください。					

【配偶者に関する事項】

フリガナ						
氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女
住所	〒 - (電話番号 - -)					
課税状況	住民税 課税・非課税 ※どちらかに○をつけてください					
預貯金等に関する申告 ※具体的な内容・金額を記入	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円
	その他 (現金・負債等)					

注意事項

- ① 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、その全てを記入してください。
- ② 書ききれない場合は、余白に記入するまたは別紙に記入の上、申請書に添付してください。
- ③ 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

江南市長 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。

平成 年 月 日

《 被保険者 》

住 所

氏 名

印

《 配偶者 》

住 所

氏 名

印

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 小牧市長

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		被保険者番号	
被保険者氏名	㊟	性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
住所	〒	連絡先	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒	連絡先	
入所（院）年月日 （※）	昭 ・ 平 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	
	氏名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
	住所	連絡先
	本年1月1日 現在の住所（現住所 と異なる場合）	
	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／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者／その他（ ）			
	<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の合計額が年額80万円以下です。			
	<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の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を 含む) () ※ 円

※内容を記入してください。

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	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、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。

小牧市記入欄

		備考	申請結果
交付年月日	年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	承認・非承認
適用年月日	年 月 日から		利用者負担段階
有効期限	年 月 日まで		

同意書

(宛先) 小牧市長

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、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、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、市長の求めに対し、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

(代筆者)

印

印

<配偶者>

住 所

氏 名

(代筆者)

印

印

表紙裏

お客様へ
 コマキ 知ウ マ
 支店番号 口座番号
 1234567

株式会社 ○○銀行
 口座 〇〇支店

XXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXX
 XXXXXXXX
 XXXXXXXX

※本紙の裏面に印字された内容が
 正確であることを確認してください

お客様へ
 ●この紙は、銀行の口座に振り込まれた金額を証明するものです。
 ●この紙は、銀行の口座に振り込まれた金額を証明するものです。

最終ページ

普通預金
 入金明細書 2

18-2-17	利息	ス-P-779	★44		
18-2-20	振替 INB		★50,000	LT	★976,215★ 422
18-2-26	引当 (CVAI)			LT 422	
18-3-2	引当 (CVAI)	★5,000		QT 422	
18-3-5	引当 (CVAI)	★9,000		QT 422	
18-3-8	引当 (CVAI)	★5,000		QT 422	
18-3-12	引当 (CVAI)	★5,000		QT 422	
18-3-15	引当 (CVAI)	★2,835		QT 422	
18-3-17	引当 (CVAI)	★5,000		QT 422	
18-3-20	引当 (CVAI)	★5,000		QT 422	
18-3-25	引当 (CVAI)	★4,000		QT 422	
18-3-29	引当 (CVAI)	★4,000		QT 422	
18-3-31	引当 (CVAI)	★9,000	引当★10288	QT	★976,424★
18-3-31	手数料	★105		QT 422	★967,319★

ATM
 手数料
 〇〇銀行

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

尾張旭市(町村)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			被保険者番号			
被保険者氏名	◎		性別	男	女	
生年月日	明・大・昭	年	月	日		
住所						連絡先
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)						連絡先
入所(院)年月日 (※)	昭・平	年	月	日	<small>(※)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。</small>	

配偶者の有無	有	無	<small>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。</small>	
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	住所			
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)			
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/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	<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の合計額が年額80万円以下です。				
	<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の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()*

※内容を記入してください

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	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、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。

裏面へ

同意書

尾張旭市長 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、尾張旭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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

市記入欄

交付年月日	備 考																														
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">健康福祉部 長寿課 介護保険係</td> <td style="text-align: center;">保存期間</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">課長</td> <td style="text-align: center;">課長補佐</td> <td style="text-align: center;">係長</td> <td style="text-align: center;">係</td> <td style="text-align: center;">5年</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">補佐兼務</td> <td></td> <td style="text-align: center;">決裁区分</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">丁</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">起案</td> <td style="text-align: center;">平成</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">決裁</td> <td style="text-align: center;">平成</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> </table> 次の通り認定してよろしいか。(伺い)	健康福祉部 長寿課 介護保険係				保存期間	課長	課長補佐	係長	係	5年			補佐兼務		決裁区分					丁	起案	平成	年	月	日	決裁	平成	年	月	日
健康福祉部 長寿課 介護保険係				保存期間																											
課長		課長補佐	係長	係	5年																										
			補佐兼務		決裁区分																										
					丁																										
起案	平成	年	月	日																											
決裁	平成	年	月	日																											
適用年月日																															
年 月 日 から																															
有効期限																															
年 月 日 まで																															

負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

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。

フリカ、ナ		保険者番号	2 3 2 2 7 2
被保険者氏名	印	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
住 所	〒 電話番号		
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、記入は不要です。	

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	フリカ、ナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住 所	〒 電話番号		
	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			
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ある老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額 80 万円を超えます。			
預貯金等に関する申告 (本人及び配偶者)	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 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	円	有価証券 (評価概算額)	円 その他 ()※ (現金・負債を含む) 円

※内容を記載してください。
※申請者が被保険者本人である場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	電 話 番 号
申請者住所	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。

同意書

(宛先) 高浜市長

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、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、高浜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へ伝えて構いません。

年 月 日

<被保険者本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

豊明市長

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			被保険者番号										
被保険者氏名			性別	男 ・ 女									
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日												
住 所	連絡先 ()												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用 連絡先 ()												
入所(院)年月日(※)	昭 ・ 平 年 月 日						(※) ショートステイを利用している場合は、□に✓を記入してください。						

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	
	氏 名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 連絡先 ()
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<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の合計額が年額80万円以下です。			
	<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の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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（直近2か月分）の写しは別添のとおり			
	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

*内容を記入してください

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	連絡先
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 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てください。
- (2) 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。
- (3) 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

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、
信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

各 位

日進市福祉部高齢福祉課

所得税等の申告のための障害者控除対象者の認定書について（送付）

日頃は、市高齢福祉行政に御理解と御協力を頂き、誠にありがとうございます。

さて、所得税の確定申告、市県民税の申告にあたっては、身体障害者手帳などを取得されていない方でも、年末時点で介護保険の要介護認定等を受けている方については、税法上の取扱いにより障害者控除（普通障害もしくは特別障害）を受けることができます。

昨年中新たに要介護認定等を受けられたことにより、障害者控除対象者に該当することになりましたので、認定書を送付いたします。つきましては、下記の点に御留意の上御利用ください。

記

1 今回認定書送付対象者

平成26年12月31日の基準日に、障害者控除対象者として新規に該当した方又は該当理由が変更（普通障害から特別障害、またその逆への変更）になった方

2 障害者控除対象者認定書について

- (1) 介護保険の要介護認定等を受けている方が、税法上の障害者控除を受けるには、福祉事務所長の認定を受ける必要があります。
- (2) 認定書は、該当者が介護保険の要介護認定等を受けており、所得税の確定申告、市県民税の申告にあたっての障害者控除を申告できる者に該当することを証するものであり、他法に基づく障害者として認定するものではないため、この用途以外に使用することはできません。
- (3) 要介護度等の変更がなければ複数年使用可能ですので、利用の際は、コピーを提出し、原本は大切に保管してください。

担当 介護保険係

電話 0561-73-1495（直通）

FAX 0561-72-4554

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

日進市長 殿

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			被保険者番号			
被保険者氏名	㊦		性別	男	女	
生年月日	明	大	昭	年	月	日
住所						連絡先
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)						連絡先
入所(院)年月日 (※)	昭	平	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							
	氏名							
	生年月日	明	大	昭	平	年	月	日
	住所						連絡先	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)							
	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/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	<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の合計額が年額80万円以下です。				
	<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の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円

※内容を裏面に記入してください。

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	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所有している場合は、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。

1 本人のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
金・銀など、時 価評価額が容易 に把握できる貴 金属	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
投資信託	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
現金 (タンス預金)	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
負債 (借入金・住宅 ローン等)	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円

2 配偶者のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
金・銀など、時 価評価額が容易 に把握できる貴 金属	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
投資信託	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
現金 (タンス預金)	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
負債 (借入金・住宅 ローン等)	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有	種 類	金額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円

同意書

日進市長 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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

[署名代行者] 住所

氏名

続柄

※会場には駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用ください。

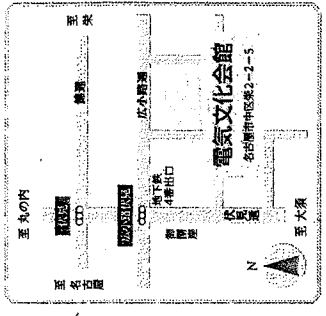
●アクセス 地下鉄伏見駅4番出口から東へ徒歩約2分

●その他

※確定申告会場では、パソコンを利用した確定申告書の作成を行っています。

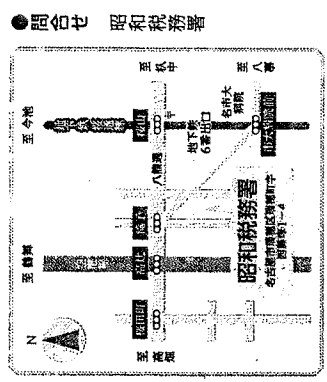
※前記期間中は、昭和税務署内では申告書の作成指導は行っておりませんので、ご了承ください。ただし、作成済みの申告書の提出は受け付けています。

昭和税務署



(2) 昭和税務署 (作成済みの申告書の提出のみ)

●アクセス 地下鉄伏見駅6番出口から南西へ徒歩約10分



●問合せ 昭和税務署

説明：午後2時～3時30分

●会場 市民会館庶務ホール

●その他 控除を受けるための一定の要件および必要書類については、国税庁ホームページでご確認ください。

●問合せ 昭和税務署

4 各種控除のしおり

(1) 国民健康保険税 後期高齢者医療保険料 介護保険料納付確認書 (保険年金課、高齢福祉課)

1月下旬に各保険料(料)の納付確認書(平成26年中に納めた金額のお知らせ)を郵送します。社会保険料控除の申告にご利用ください。

※介護保険料は、普通徴収(納付書もしくは口座振替)があった人のみ郵送します。特別徴収(年金からの天引き)のみの方は、年金保険者からの源泉徴収票などで確認してください。

(2) おむつ使用確認書 (高齢福祉課)

要介護認定を受け、おむつ代の医療費控除の適用が2年目以降になる人には、医師が発行する「おむつ使用

証明書」の代わりとなる「おむつ使用確認書(要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類)」を交付します。

※主治医意見書の内容によっては認められない場合があります。その場合は、医師が発行する「おむつ使用証明書」が必要です。

(3) 障害者控除

●対象 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの人、またはその扶養者

※平成26年12月31日までにこれらの手帳の申請をした人は、申告時にお申し出ください。

(4) 障害者控除対象者認定書 (高齢福祉課)

平成26年12月31日時点で、新たに介護認定の要支援2または要介護1～5の認定を受け、かつ主治医意見書により身体障害者または知的障害に準ずると認定された65歳以上の人には、1月下旬ごろに「障害者控除対象者認定書」を郵送します。

身体障害者手帳などの交付を受けている人は、(3)障害者控除で控除を受けることができます。

※交付された認定書は、控除事由の存続期間中は継続して使用できるため、昨年と変更のない人には郵送しません。再交付が必要な人は、申請書を提出してください。

●確定申告書の作成 提出

確定申告書などは、国税庁ホームページ「確定申告書作成コーナー」で作成することができます。

「確定申告書作成コーナー」を利用して案内に従って入力すると、紙額などは自動計算できます。

作成した申告などのデータは、e-tax(国税電子申告・納税システム)へ送信できます(送信には電子証明書の取得など事前手続が必要です。作成した電子申告などのデータがe-taxへ送信すると次のメリットがあります。

●自宅からネットで申告が可能に

●添付書類の提出省略が可能に(法定申告期限から5年間は、税務署から書類の提出または提示を求められることがあります)

●滞りがスピーディー

●24時間受付

作成した確定申告書は、プリントアウトして郵送などにより提出することも可能です。確定申告書の氏名欄への押印や連絡先の記入漏れ、必要書類の添付忘れなどがないようにご注意ください。

●郵送先 昭和税務署 (〒467-8510 名古屋市中瑞穂区瑞穂町字西蔵塚1-4)

●復興特別所得税の記載 漏れにご注意ください

平成25年から平成49年までの各年分については、復興特別所得税を所得税と併せて申告・納税することとされています。確定申告書の作成に当たっては、復興特別所得税の記載漏れのないようご注意ください。

○国税庁ホームページ <http://www.nta.go.jp/>

○e-taxホームページ <http://www.e-tax.nta.go.jp/>

○タックスアンサー <http://www.nta.go.jp/taxanswer/>

●市県民税の申告

平成27年1月1日現在で日連市に居住している人が対象です。1月2日以降に本市に居住した人は、従前の市町村

●時間 午前9時～正午、午後1時～4時(受付は午前8時30分～午後3時30分)

※2月13日(金)までは、市役所4階税務課で受付をします。

●会場 市役所4階第2、3会議室 (郵送による提出)

申告書は郵送でも提出できます。申告書の氏名欄への押印や連絡先の記入漏れなどがなければご確認の上、市役所税務課(〒470-0192 住所不要)に郵送してください。

(2) 出張相談・受付

市職員による市県民税申告の出張相談・受付を行います。各地区の日程は左表のとおりです。

出張相談の日時と会場	会場
1月26日(月)	北新町公民館
1月27日(火)	米野木会館
1月28日(水)	藤島公会堂
1月29日(木)	浅野区民会館
1月30日(金)	折戸公民館
1月26日(月)	岩藤公民館
1月27日(火)	三本木区民会館
1月28日(水)	梅森公民館
1月29日(木)	赤池公民館
1月30日(金)	岩崎公民館

※確定申告書は受付できません。

(1) 申告の案内

●期間 2月16日(月)～3月16日(月) (土・日・祝日を除く)

介護保険負担限度額認定申請書

(特養・老健・療養・短期)

平成 年 月 日

愛西市長

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			被保険者番号										
被保険者氏名	印		性別	男 ・ 女									
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日												
住 所	〒 連絡先												
介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先												
入所する居室の種別	1 ユニット型個室			3 従来型個室			2 ユニット型準個室			4 多床室			
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平 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。						

配偶者に関する事項	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												
	氏 名												
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日											
	住 所	〒 連絡先											
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）												
	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/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者									
	<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の合計額が年額80万円以下です。									
	<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の合計額が年額80万円を超えます。									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※裏面「預貯金等に関する申告書」に記載の上、通帳等の写しを添付してください。									
	① 現金及び預貯金額	円	② 有価証券等（評価概算額）	円	③ その他（負債）	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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	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) 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。

○愛西市介護保険利用者負担額の減額及び免除に関する要綱

別表（第2条関係）

区分 番号	事由	割合	適用期間
1	介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。)第83条第1項第1号又は第97条第1項第1号に該当する場合であって、その損害が、全壊、全焼、流出その他これらに類する損害であるとき。	100分の100	減額・免除申請のあった月の翌月から6月以内の期間
2	省令第83条第1項第1号又は第97条第1項第1号に該当する場合であって、その損害が、半壊、半焼その他これらに類する損害であるとき。	100分の95	減額・免除申請のあった月の翌月から6月以内の期間
3	<p>省令第83条第1項第2号から第4号まで又は第97条第2号から第4号までのいずれかに該当する場合であって、次のいずれにも該当するとき。</p> <p>(1) 当該要介護被保険者又は要支援被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者(省令第83条第1項第2号及び第97条第1項第2号に規定する死亡の場合にあつては、当該死亡によりその世帯を主として維持することとなる者をいう。以下「生計維持者」という。)の前年(当該死亡の日又は収入の著しい減少の理由の生じた日が1月から6月までの間にある場合にあつては、前々年。以下同じ。)の合計所得金額(地方税法(昭和25年法律第226号)第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。以下同じ。)が介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第38条第7項に規定する第2基準所得金額以下であること。</p> <p>(2) 生計維持者の当該年における合計所得金額の見込み額が、前年の合計所得金額(省令第83条第1項第2号及び第97条第1項第2号に規定する死亡の場合にあつては、当該死亡した者の前年の合計所得金額)の2分の1以下に減少すると認められること。</p>	100分の95	減額・免除申請のあった月の翌月から6月以内の期間

○愛西市介護保険料の徴収猶予及び減免に関する要綱
別表（第3条関係）

区分 番号	事由	対象者	減免額(生活保護法による保護(介護保険料加算)を受けている基幹及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支給援助を受けている期間に係る保険料を除く。)		
1	災害により住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合	被保険者又はその属する世帯の生計を主として維持する者の所有に係る住宅、家財又はその他の財産について震災、風水害、火災その他これらに類する災害により受けた損害金額(保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額)がその住宅の価格の10分の2以上である者であり、右記の前年中の合計所得金額(地方税法(昭和25年法律第226号)第292条第1項第13号に規定する合計所得金額(以下「合計所得金額」という。))の区分と認められるもの	合計所得金額\損害程度	10分の2以上10分の5未満の場合	10分の5以上の場合
			介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第38条第7項に規定する第2基準所得金額(以下「基準所得金額」という。)未満であるもの	該当事由の発生した日の属する月から12月以内の期間における月割によって算出した介護保険料の額の2分の1	該当事由の発生した日の属する月から12月以内の期間における月割によって算出した介護保険料の額の全部
			基準所得金額以上であるもの	該当事由の発生した日の属する月から12月以内の期間における月割によって算出した介護保険料の額の4分の1	該当事由の発生した日の属する月から12月以内の期間における月割によって算出した介護保険料の額の2分の1
2～6 略					

預貯金等に関する申告書

●現金及び預貯金額

No.	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象者	残高
1					本人・配偶者	円
2					本人・配偶者	円
3					本人・配偶者	円
4					本人・配偶者	円
5					本人・配偶者	円
6					本人・配偶者	円
7					本人・配偶者	円
現金等					被保険者(本人)	円
					配偶者等	円
合計①						円

●有価証券等

No.	金融機関等名	支店名	種別	口座名義人	対象者	残高
1					本人・配偶者	円
2					本人・配偶者	円
3					本人・配偶者	円
合計②						円

●その他(負債)

No.	貸主	名目	対象者	残高
1			本人・配偶者	円
2			本人・配偶者	円
3			本人・配偶者	円
合計③				円

※ 書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。

同意書

愛西市長 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、報告を求めす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>

<配偶者>

住所

住所

氏名

印

氏名

印

愛西市確認欄

書類 <input type="checkbox"/> 同意書(押印確認) <input type="checkbox"/> 通帳の写し等			発行	入力
<input type="checkbox"/> 該当 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当				
所得状況 第 段階				
給付制限 有・無	生活保護受給 有・無	資産状況	受付	確認
期間 (~)	期間 (~)	合計 円		
本人 課税・非課税	配偶者課税状況 課税・非課税	老齢福祉年金受給 有・無		

負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 清須市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、次のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請をします。

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名	㊟	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
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								
	氏 名								
	生年月日	年 月 日							
	住 所	電 話							
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)								
	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/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。								
預貯金等に関 する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・債務 を含む)	()※	円		

※内容を記入してください

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		電話番号
申請者住所		本人との関係

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てください。
- 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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者サービス費等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

清須市長 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、清須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 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

みよし市長

次のとおり関係書類を添えて、食事・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			被保険者番号										
被保険者氏名	印		性別	男・女									
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(※)	昭・平 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											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日										
	住 所	電話番号 — —										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)											
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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<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の合計額が年額80万円以下です。									
	<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の合計額が年額80万円を超えます。									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円					

※内容を記入してください
申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	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、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

みよし市長 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

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

介護保険負担限度額認定申請書

東郷町長 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		被保険者番号	0	0	0	0							
被保険者氏名	Ⓜ	性別	男・女										
住所	〒	生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日生	電話番号		
介護保険施設の所在地及び名称 ※	施設名称	電話番号											
入所(院)年月日※	昭	・	平	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」の記入は不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名											生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日生
	住所	〒											電話番号							
	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	町民税	課税											・	非課税					

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/> 町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の合計額が年額80万円以下										
	<input type="checkbox"/> 町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の合計額が年額80万円を超える										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が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紙のとおり										
	預貯金額			有価証券 (評価概算額)				その他※ (現金・負債を含む)			
	円			円				円 ※内容 ()			

注1 預貯金等について、複数の口座をお持ちの場合は、そのすべてをご記入ください。

注2 書き切れない場合は余白にご記入ください。裏面には記入しないでください。

注3 負債はマイナスの資産とし、預貯金等から差し引いて計算します。

注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。

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	住所											本人との続柄	
	氏名											電話番号	
												印	

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

町記入欄

交付年月日	備	考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)	居住費 ユニット型個室 円
適用年月日	食費 円	ユニット型準個室 円
年 月 日		従来型個室(特養) 円
有効期限		従来型個室(老健・療養等) 円
年 月 日		多床室 円

様式第 21-1

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大口町長 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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	印	性別								
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日						
住 所	〒									
	連絡先									
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒									
	連絡先									
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平	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	
	氏 名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	連絡先
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	連絡先
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者／その他（ ）						
	<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の合計額が年額80万円以下です。						
	<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の合計額が年額80万円を超えます。						
預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※	円	

※内容を記入してください。

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	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、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

大口町長 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、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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

＜申請に必要な提出書類＞

1 介護保険負担限度額認定申請書

- 配偶者がいる場合には、すべての欄を必ず記入してください。
- 「預貯金額」欄は、添付した通帳の合計金額をご記入ください。
- 申請者が本人以外の場合、申請者の欄は必ずすべて記入してください。

2 同意書（所得要件および資産要件にかかる調査のため、町が各機関へ照会することへの同意）

- 申請の際に同意書を添付することが定められていますので、必ず提出してください。
- 本人の自署であっても必ず押印が必要となります。配偶者がいる方は、配偶者の署名・押印も必要です。

3 預貯金等がわかるものの写し

預貯金等に含まれるもの	確認のために添付が必要な書類
預貯金（普通・定期）	通帳の写し（インターネットバンクであれば口座残高ページの写し）
有価証券 （株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、 購入先の口座残高によって時価評価額が 容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど）は、 預貯金等から差し引いて計算します。	借用証書
【預貯金等に含まれないもの】 ・生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属など ・絵画、骨董品、家財など	

- 配偶者がいる場合には、ご夫婦2人分の預金通帳等のコピーをご提出いただきます。
- 通帳が複数ある場合は、全ての通帳のコピーが必要です。
- 申請（予定）日直近（最後に記帳してから2か月以内）の最終残高が確認できるよう、記帳してください。
- 1通の通帳につき、以下(1)(2)のコピーが必要です。
 - (1) 銀行・支店・口座番号・名義（→表紙を開けたページ・上下とも）
 - (2) 最終残高（→直近の記帳があるページ・上下とも）

＜問い合わせ先＞

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
 ほほえみプラザ1階 健康生きがい課
 電話 0587-94-0051

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

丹羽郡扶桑町長 様

次の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		保険者番号		2	3	3	6	2	7	
被保険者氏名	印	被保険者番号								
生年月日	年 月 日	性別								
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は不要です。								
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									
	氏名									
	生年月日	年 月 日								
	住 所	〒								
	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						
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ある老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が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	円	有価証券 (評価額)	円	その他 (現金・負債を含む)					円

※内容を記入してください

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	電話番号
申請者住所	本人との関係

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まず。
- 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。
- 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。
- 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

扶桑町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

預貯金等に関する添付書類

預貯金等については、その内容が確認できる下記の書類を添付して下さい。

記

預貯金等に含まれるもの (資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なものが対象)	確認方法 (価格評価を確認できる書類の入手が容易なものは添付を求めます)
預貯金 (普通・定期)	通帳の写し (インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
金・銀 (積立購入を含む) など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
タンス預金 (現金)	自己申告

負債 (借入金・住宅ローンなど) は、預貯金等から差し引いて計算します。(借用証書などで確認) また、価格評価は、申請日の直近2ヵ月以内の写し等により行います。

※預貯金等に含まれないもの

- ・生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属など
- ・絵画、骨董品、家財など

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

大治町長 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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	性 別 男 ・ 女									
生 年 月 日	大正・昭和 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 (※)	平成 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		
	氏 名	大正・昭和 年 月 日		
	住 所	電話番号		
	本年1月1日現在の 住所(現住所と 異なる場合)			
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<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の合計額が年額80万円以下です。			
	<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の合計額が年額80万円を超えます。			
預貯金等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	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

※内容を記入してください。

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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、支給された額を返還していただくほか、支給された額の最大2倍の額の加算金を支払っていただくことがあります。

裏面も御記入ください。

(裏面)

同意書

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

町 記 入 欄	交付年月日	備 考	
	年 月 日	(所得分布の状況等を把握)	
	適用年月日	今回の結果	該当・非該当
	年 月 日 から	※非該当事由 ()	
	有効期限	判定所得金額	円
年 月 日 まで	預貯金等合計金額	(合計所得: 円、年金 円)	
	配偶者課税状況	課税 ・ 非課税	
	給付制限	有 ・ 無	

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

平成27年度

平成 年 月 日

(申請先)

海部郡蟹江町長

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 被保険者氏名	被保険者番号	性別
生年月日	昭和 年 月 日	
住所	連絡先	
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先	
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室	3 従来型個室 4 多床室
入所(院)年月日(※)	昭・平 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 氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	
	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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<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の合計額が年額80万円以下です。					
	<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の合計額が年額80万円を超えます。					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が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					
	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>円</td> <td>有価証券(評価概算額)</td> <td>円</td> <td>その他(現金・負債を含む)</td> <td>円</td> </tr> </table>	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)
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	

※内容を記入してください
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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	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。

同意書

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という）に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、照会す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。

年 月 日

[本人]

住所 _____

名前 _____ (印)

[配偶者]

住所 _____

名前 _____ (印)

申請者が被保険者本人の場合には下記については記載不要です。

介護保険負担限度額認定に係る申請書類の記入に際して、下記の理由により、本人に代わり代筆します。

代筆者氏名： _____ (印)

本人との続柄： ()

代筆理由： []

介護保険負担限度額認定申請書

・裏面の「同意書」に記入・押印ください。
 ・「預貯金額等が分かる書類」の添付が必要です。

(申請先)

幸田町長 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 被保険者氏名		印	被保険者番号	
生年月日				
住 所	〒	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	連絡先		
入所（院）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 氏 名			
	生年月日			
	住 所	〒	連絡先	
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒		
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	<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の合計額が年額80万円以下です。
	<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の合計額が年額80万円を超えます。
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、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 円	有価証券 (評価概算額) 円

※内容を記入してください
 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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	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所有している場合は、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。

同意書

(宛先) 幸田町長

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、幸田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 27 年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

印 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

印 _____

町記入欄

交付年月日	平成 27 年 月 日	利用者負担段階 1・2・3・4
適用年月日	平成 27 年 月 日から	備考
有効期限	平成 28 年 月 日まで	