

〒070-0037

旭川市7条通9丁目999番地

旭川 一郎

(提出する方) 住 所 旭川市7条通9丁目999番地

氏 名 旭川 一郎

電話番号(0166) 11 - 1111

被保険者との関係 長男

令和〇年◎月×日

(送付先を変更する場合のみ記入してください)

(宛 先) 旭 川 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の申請をします。

① 被保険者本人に関する事項	被保険者番号	0	0	0	9	8	7	6	5	4	3	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	アサヒカワ タロウ																						
	被保険者氏名	旭川 太郎																						
	生年月日	明・大(昭) 11年 11月 11日																						
	住 所	〒070-0037 旭川市7条通9丁目888番地 電話(0166)99-9999																						
介護保険施設の住所及び名称 入所(院)年月日(※) ※施設入所しない場合は記入不要です。	〒070-0037 旭川市7条通7丁目777番地 特別養護老人ホーム●●																							
	電話(0166)88-8888 ○年△月×日 入所(院)																							

② 配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 の場合は、以下の「配偶者に関する事項」を御記入ください。																						
	フリガナ	アサヒカワ ハナコ																						
	氏 名	旭川 花子																						
	生年月日	明・大(昭) 12年 12月 12日 個人番号 2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1																						
	住 所	〒001-0022 札幌市北区北22条西2丁目2番22号 電話(011)222-2222																						
	本年1月1日現在の住所(※)	〒070-0037 旭川市7条通10丁目888番地																						
課税状況	市(区)町村民税 課税 ・ (非課税) (どちらか該当する方をマルで囲んでください。)																							

※ただし、提出日が1月1日から7月31日までの場合は「前年1月1日時点の住所」を御記入ください。

③	遺族年金・障害年金の申告	本人が受給している場合は、該当する年金をマルで囲んでください。【遺族年金※ (障害年金)】 ※遺族年金には、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。
---	--------------	---

④ 収入等に関する申告	☐ 1	生活保護受給者 / 市(区)町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者																						
	☒ 2	市(区)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と																						
	☐ 3①	④欄については、該当する箇所が不明の場合は空欄でも結構です。																						
	☐ 3②	【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます																						
	☐ 4	その他()																						

⑤ 預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。(基準額については裏面の⑤を御覧ください。) ※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。)※()に内容を記入。																					
	1, 2 3 4, 5 6 7円	1 0 0, 0 0 0円	(現金) 5 0 0, 0 0 0円																					

記入した金額と名義を確認できる書類の写しを必ず添付してください。(本人と配偶者分。詳細は申請書の裏面参照。)

⑥ ※スタンプ印の使用不可。	通帳は、表紙の裏(名義)と最終残高、定期預金のわかる部分を添付ください。																						
	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その旨を銀行等に同意します。																						
	成年後見人等がいる場合は、成年後見人等の住所・氏名を記入してください。(例:旭川花子成年後見人〇〇〇) 成年後見人等については押印不要です。 そのため、必ず登記事項証明書(写し)を添付してください。																						
	令和〇年◎月△日																						
< 本人 >																							
住 所 旭川市7条通9丁目888番地												札幌市北区北22条西2丁目2番22号											
氏 名 旭川 太郎												氏 名 旭川 花子											
旭川												印 旭川											

対象となる介護保険施設・サービス

入所

- ・ 特別養護老人ホーム（地域密着型特養を含む）
- ・ 介護老人保健施設

入所時の食費、居住費

入院

- ・ 介護医療院

入院時の食費、居住費

短期入所（ショートステイ）

- ・ 短期入所生活介護（介護予防を含む）
- ・ 短期入所療養介護（介護予防を含む）

利用時の食費、滞在費