		<b>&lt;佐用町記入欄&gt;</b>					
				決定事項	承	認 · 非承認	入力
				決定年月日	3	年 月 日	
				適用年月日	3	年 月 日	
				有 効 期 🛚	艮	年 月 日	確認
				限度額段階		2 · 3(1) · 3(2)	
				備考			
				1010			
左月	用町長 様	介護保険負担	限度額言	忍 定 申 請	書	<u> </u>	年度
Ŧ	「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	ょます。			
	フリガナ	スーロエス(川口ス)、一川のスコース人	HACHO!	個 人 番 号			
ᅺ	と と は 保 険 者 氏 名			(マイナンバー)			
עד	体陕有以石			被保険者番号			
				生年月日			
1	主 所			電話番号	를 (	) –	
西	出偶者の有無	有 • 無	※「有」の場合	は、以下の「配偶	者に関する	る事項」を記載してく	ださい。
配偶者に関する事項	フリガナ		112	個人番号			
者に	氏 名			生年月日		<u>                                     </u>	<u>                                     </u>
関す	26 1			課税状況	市町村民		  非課税
る 事	本年1月1日			赤れれれん	A Lit (m til)	1九 成 1九 -	タト は木 1元
項	現在の住所						
収入	非課税年金 受給の有無	有(遺族年金 / 障害年金)・	無 世帯(		锐 非課税	生活保護 受給の有無	有・無
等に		 , □ 年額 80万9千円以下			<u></u> 計が650フ		円)以下
関	(年金収入額+	その 📗 🔲 年額 80万9千円超120万円	以下 → //	かつ、預貯金等の台	計が5507	5円(夫婦は1,550万	円)以下
する	他の合計所得金	□ 平領120万万地			計が500フ	5円(夫婦は1,500万	円)以下
る申生	65歳未満の人	□ 預貯金等の合計が1,000万	円(夫婦は2,000	)万円)以下			
告	預貯金額 (普通·定期等	7) 円 本	<b>育価証券</b>	円	現金等(	)	円
	•	↑預貯金等の金額を必ずご記入ください(	円単位)。0円の均	易合も「0」とご記入くた	<b>"さい。</b>		
	A -++ /II RA #		同意書	- A / - I - A I - A I - A I - A I - A I - A I - A I - A I - A I - A I	·- <i>·-</i> ^		3 /
	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、佐用町				
		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	<i>(</i> <del></del>	7/田 孝 )			
(1	坡保険者)			2偶者)			
	住所		<del></del>	住所 ————————————————————————————————————			
	氏名			氏名			
<u> </u>	本人以外が届と						
	届出人氏名	-, A.M.	本人との関係		連絡先		
	, , , , , ,		1				

(注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または内縁関係の者を含みます。 (注2)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

虚偽の甲告により个正に特定人所者介護サービ人質寺の文紹を受けた場合には、介護保険法弟: 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。

## 記載例

## <佐用町記入欄>

決定事項	承認 • 非承認	忍心	入力
決定年月日	年 月	日	
適用年月日	年 月	日	
有効期限	年 月	日	確認
限度額段階	1 • 2 • 3① • 3②		
備考			

介護保険負担限度額認定申請書

2021年度

佐用町長 様

	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	#30 900	個人番号 (マイナンバー)					
;	被保険者氏名	佐用 太郎	被保険者番号	0123456789				
		[ ] [ ] [ ] [ ]	生年月日	昭和〇年〇月〇日				
	住 所	佐用町佐用2611-1 電話番号 (0790) 82-2079						
	配偶者の有無	有 · 無 ※「有	」の場合は、以下の「配係	<b>禺者に関する事項」を記載してください。</b>				
面 得 者	ノリルナ	サヨウ ハナコ	個人番号 (マイナンバー)					
り	氏名	佐用 花子	生年月日	昭和 〇年〇月〇日				
する 事	-		課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)				
車	事 本年1月1日 見 現在の住所	佐用町佐用2611−1 <b>別</b> ·	世帯でもあっても配偶	でもあっても配偶者がいる場合、記入してください				
业人	↓ 受給の有無	有遺族年金)・無	世帯の 訳税状況 ☑ 市町村民	税 非課税 生活保護 有 無 受給の有無 有 無				
(E	65歳以上の							
関す		(4)						
る。			→ かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下 00万円(夫婦は2,000万円)以下					
#	1.0	200万円 非課税年金を含めた収入に応じて、預貯金等の基準額が変わ						
		損貯金寺の金額を必すこ記入くたさい(円単位)		zen.				
	<b>△誰児№</b>	• •	意 書 公案 左合保险者立は領	仁 /문학수상조조씨조明/조地明/기				
	下「銀行等」と 証券等の残高	負担限度額認定のために必要があるときは、官: いう。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を 「について、報告を求めることに同意します。また	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				
	私及び私の配	偶者が同意している旨を銀行等に伝え <del>て埋い。</del>  年 月 日 日	*#/ ず手書きで記入してく	ださい(代筆でもかまいません。)				
	(被保険者)		(配偶者)					
	住所		住所					
	氏名		氏名					
	本人以外が届	出する場合へ						
	届出人氏名		の関係	連絡先				
لِ	<del>+ - \ =</del>		/# <del>*</del> * * # /+ # /*					
	注1) コ 注2) 虚 本人	、以外が提出する場合、記入してくだる		↑護保険法第22条				

申請内容についてお尋ねすることがあります。 還していただくことがあります。