

下記 1 預貯金等状況、2 非課税年金受給状況 について、必ずご記入ください。

通帳の写しを必ず添付してください。

1 預貯金等状況 ※必ずご記入ください

	預貯金先	預貯金額
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円
本人・配偶者	[支店]	普通・定期 その他() 円

お持ちの預貯金等の状況
をご記入ください。

2 非課税年金受給状況 ※必ずご記入ください

非課税年金受給の有無	有 (遺族年金 / 障害年金) ・ 無	「有」の場合は、以下も記入してください
年金保険者	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済	受給している全ての年金の保険者に○をしてください
年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他()	

【遺族年金・障害年金】の受給がある場合は、年金保険者と届出住所も記入してください。

※ 福知山市記入欄 ※この欄は記入しないでください

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他()
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請() <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 保険証(原本) <input type="checkbox"/> その他() 受付者

この欄は
記入しないでください。

※委任状は原本、保険証・その他はコピー をもらうこと

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

消せるペン、鉛筆の記入は不可

福知山市長 様

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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

額認定を申請します

日付を必ず記入してください

マイナンバーの記入をお願いします。

フリガナ	フ ク チ タ ロウ		被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
被保険者氏名	福 知 太 郎		個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
生年月日	明・大・ 昭 ・平	△△年 △△月 △△日														
住 所	福知山市字□□□△△番地															
			連絡先 〇〇-〇〇〇〇													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)																
入所(院)年月日(※)	月	日	(※)介護保険施設に入所し、入所期間が1年以上経過している場合は、記入不要です。													

配偶者の有無は必ず記入してください。

配偶者の方がいらっしゃる場合、その方のマイナンバーの記入もお願いします。

配偶者の有無	有 <input checked="" type="radio"/> ・ 無 <input type="radio"/>		左記において「無」の場合、この「配偶者に関する事項」については、記入不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ	フ ク チ ハ ナ コ		個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	氏 名	福 知 花 子															
	生年月日	明・大・ 昭 ・平	△△年 △△月 △△日														
	住 所	福知山市字□□□△△番地															
				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													

配偶者の課税状況をご記入ください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 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	年金保険者に○をしてください。 受給している全ての年金の保険者に○してください。 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"/>	② 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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。以下同じ。) ※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"/>	③-1 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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	③-2 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と【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。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(同1,650万円)、③-1の方は550万円(同1,550万円)、③-2の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。			
	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。)

預貯金額や現金の額等は、出来る限り正確に申告してください。

※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

連絡先は日中ご連絡がつく電話番号を記入してください。

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」とは、婚姻している配偶者又は内縁関係の配偶者を指します。
- (2) 預貯金等について、代理の方が申請された場合は、その全てを記入の上添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、複数枚の用紙を使用してください。
- (4) 虚偽の申告に基いて支給された額及び最大2倍の加算金を返還しなければならないことがあります。

代理人の方が申請された場合、こちらの記入をお願いします。

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、介護保険に係る事務に利用します。