日

認定を受けようとするかた の氏名・フリガナ・生年月 日・郵便番号・住所・連絡先 を記入してください。

介護保険の被保険者番号を記入してください。番 号は「介護保険被保険者証」や、お持ちの「介護 保険負担限度額認定証」をご覧ください。 個人番号を記入してください。番号は、「通知力 ード」や「マイナンバーカード」をご覧ください。

次のとおり関係書類 たえて、食費

係)

介護

フ リ ガ ナ	ナカ タロウ	被保険者	番 号 0 0	0 0	1 2	3 4	5 6]
被保険者氏名	那珂 太郎	個 人 番 号	0 0 0 0	1 2	3 4	5 6	7 8	
生 年 月 日	昭和元 年 1	月 1 日						
住 所	〒311-0105 那珂市菅	谷 3198 番地	連絡先 029-	123-456	57			
入所(院)した介護保険施	=311-0192							
設の所在地及び名称(※)	那珂市福田 1819 番	地5 なか長生	೬苑 連絡先 02	29-012-	3456			
入所(院)年月日(※)	令和4年 8 _月 1 _日	配偶者の	○有無を○	で囲んて	ごくだ	さい。	。 (世	帯分離を
配偶者の有無	匍・無	につ 配偶者が	る配偶者又! バ有のかた!	は、配偶	者の	毛名	生年	三月日・個
す 配 フリガナ	ナカ ハナコ		1月1日野		『便番	号・付	主所・	連絡先を

記入してください。 っる 事項 居者に関 氏 名 那珂 花子 昭和5年 1月 1 生年月日 申請年度の市町村民税について、該当す 本年1月1日現在の住所 るものを選び、○で囲んでください。 (現住所と異なる場合) 非課税 課税状況 市町村民税 課税

				•				
該当するもを選び、ラ					税世帯非課税である老齢 あって、課税年金収入額と		者です。 ほと 【 遺族年金 ②・ 障害年	金】収入額の合計
、クなのけて					。(受給している年金にC 母子年金、準母子年金、			
			市町村月 が <u>年額</u> 8	R税非護 ファム 1	F金を受給されてい 種別を○で囲んで・			】収入額の合計額
該当するか				らって、課税年金収入額と け。(受給している年金に		ほと【遺族年金・障害年金 さい)	】収入額の合計額	
は、チェッ をつけてく い。			万円)、	④の方は 550 万円	(同 1550 万円)、⑤の方	がは500万円	2000 万円)、③の方は 6 (同 1500 万円)以下です : 1000 万円(夫婦は 2000	0
	する申							
	告		訂完額		有価証券		その他	(現金) ※
		1月月 亚 俄		12,345,678 円	(評価概算額)	0 円	(現金・負債を含む。)	123,456 円
•	由請者が被保险者木人の場合 下記について記載け不更です ※内穴を記入してください							ください

申請者氏名 連絡先(自宅・勤務先) 本人との関係 申請者住所

預貯金等の額を具体的に記入し、

通帳等の写しを添付してください。

- ・銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ
- ・申請日より2か月以内に記帳された残高が確認できるページ (年金の振込まれる口座は、年金額が確認できるページの写しも添付してください)

同 意 書

那珂市長 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。

令和 4 年 7 月 1 日

<本人>

住 所 那珂市菅谷3198番地

氏名 那珂 太郎

同意書の内容を確認の上 本人及び配偶者の署名を お願いします。

<配偶者>

住所 那珂市瓜連321番地

氏名 那珂 花子

市記入欄

交 付 年 月 日	被保険者番号
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	課長 課長補佐 グループ長 グループ員
有 効 期 限	决 裁
年 月 日	