

北上市長(保険者番号：032060) 様

令和 3 年 7 月 1 日

介護保険法施行規則第83条の5に規定する要件に該当するので、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	キタカミ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	北上 太郎	生年月日	明・大・昭	29	年	4	月	1	日			
住所	〒 024 - 8501 住所：北上市芳町1番1号 連絡先：(0197)64-2111											

介護保険施設への入所(院)の有無(予定を含む)	<input checked="" type="radio"/> 有・無	左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。										
介護保険施設の名称等	〒 024 - 8501 住所：北上市上江釣子17地割201番地2 施設名：介護老人福祉施設えづりこ 電話番号：(0197)64-2111 (<input checked="" type="radio"/> 施設入所・短期入所) 左記のどちらかに○											
入所(院)年月日	平成・令和 3 年 8 月 1 日											

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ	キタカミ ハナコ	生年月日	明・大・昭・平 30 年 4 月 1 日								
	氏名	北上 花子										
	住所	〒 - 被保険者と同じ 連絡先()										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記載)	〒 -										

収入の申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者											
	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者(明治44年4月1日以前に生まれた人など)											
	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税年金受給者[<input checked="" type="radio"/> 遺族年金・障害年金]											
資産の申告	預貯金額	3,123,456円	有価証券(評価概算額)	円	その他	円						

決定通知の送付先

<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> その他()
--	------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

申請者記載欄(申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。)

氏名等	氏名：北上 次郎 本人との関係： 子											
住所等	〒 024 - 0392 住所：北上市和賀町横川目11地割160番地 連絡先：(0197)64-2111											

必読！！記載するときの注意点

※裏面に、記名するところがあります。忘れないで記入してください。

※赤色の枠は必ず記入してください。

※青色の枠はあてはまる場合に記入してください。

銀行等への口座照会に対する同意書

北上市長 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、北上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 3 年 7 月 1 日

〈本人〉

住所：北上市芳町1番1号

押印不要

氏名：北 上 太 郎

〈配偶者〉

住所：北上市芳町1番1号

押印不要

氏名：北 上 花 子

[市記入欄 *記入しないでください。]

記入不要。何も書かないでください。