



## 収入等に関する申告

※世帯員をすべてお書きください。(別世帯の配偶者を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	性別	課税状況
1		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
2		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
3		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
4		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者

※世帯員に課税の方がいる場合は対象外

### 同意書

大山崎町長 様

以上のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定の申請をします。

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(内縁関係のものを含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する貯蓄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、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

令和 年 月 日

住所  
対象者  
(本人) 氏名

(印)

住所  
配偶者  
氏名

(印)

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要

代理申請者氏名		続柄	
代理申請者住所	電話番号		

#### 町記入欄

備考				
交付年月日	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護
年 月 日	配偶者課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> なし
適用年月日	所得+年金	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下	<input type="checkbox"/> 120万円超
年 月 日から	資産額	<input type="checkbox"/> 基準額未満	<input type="checkbox"/> 基準額以上	
年 月 日まで	可否・利用者負担区分	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階-① <input type="checkbox"/> 第3段階-②