

特例減額措置における収入および預貯金等申告書

(あて先) 宇都宮市長

申請日: 令和 年 月 日

フリガナ		被保険者番号	0						
被保険者氏名		個人番号							
		性別	男 ・ 女						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日								
住 所	〒 - ☎ ( )								

平成・令和 年中の世帯の収入および世帯の預貯金について、下記のとおり申告します。

※ 世帯員の収入・預貯金が記入しきれない場合は、別紙に記入してください。

収入 (年間)	項目	氏名・個人番号	種類	金額
	本人氏名			円
	配偶者氏名			円
	個人番号			円
	世帯員氏名			円
	個人番号			円
	世帯員氏名			円
	個人番号			円
収入合計				円
世帯の 預貯金等 (※)	預貯金額		現金	有価証券 (概算評価額)
	円		円	円

※ すべての通帳等の写しを添付してください。

その他	介護保険料の滞納	有 ・ 無			
	不動産等活用資産の状況 (現に居住する土地, 家屋以外)	有 ・ 無			
自己負担見込額 施設サービス	所在地	〒 - ☎ - -			
	入所施設名称				
	入所年月日				
	施設サービス利用時の 自己負担見込額	サービス費(月額)	見込額がわかるもの(契約書)を添付して下さい		
		食費(日額)	円		
居住費(日額)		円			
合計(年間)		円			

私(被保険者氏名記入) に係る決定通知書等は、次の送付先住所等に送付して下さい。

送付先 欄	送付先住所	〒 -	連絡先	☎ - -
	送付先氏名		本人との関係	

※裏面の同意書欄を記入してください。

受付	
----	--

【注意事項】

- (1) 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、信託会社その他の機関に被保険者及び配偶者並びに世帯全員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等について、照会を行うことがあります。
- (2) 虚偽の申請により不正に認定を受け、特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給額及び最大2倍の加算金を返還していただく場合があります。

## 同意書

(あて先) 宇都宮市長

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。）並びに世帯員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、宇都宮市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者並びに世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

【本人】

住所

氏名

【配偶者】

住所

氏名

【世帯員】

住所

氏名

【世帯員】

住所

氏名

宇都宮市記入欄

交付年月日	備考	
年月日	・ 課税	・ 第1段階
有効開始年月日	・ 非課税	・ 第2段階
年月日	・ 生保	・ 第3段階
有効期限	・ 老福	・ 非該当
年月日		

預貯金等口座の確認

本人口座無

配偶者口座無