

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

各務原市長

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                     |       |   | 被保険者番号 |   |   |     |  |
| 被保険者氏名                   | Ⓜ     |   | 個人番号   |   |   |     |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 | 年 | 月      | 日 | 性別  | 男・女 |  |
| 住所                       | 連絡先   |   |        |   |   |     |  |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 連絡先   |   |        |   |   |     |  |
| 入所（院）年月日（※）              | 昭・平   | 年 | 月      | 日 | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。 |     |  |

|           |                        |       |   |   |   |      |  |
|-----------|------------------------|-------|---|---|---|------|--|
| 配偶者の有無    | 有・無                    |       | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 |   |   |      |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                   |       |   |   |   |      |  |
|           | 氏名                     |       |   |   |   |      |  |
|           | 生年月日                   | 明・大・昭 | 年   | 月 | 日 | 個人番号 |  |
|           | 住所                     | 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                                    |   |   |      |  |

|            |   |   |                                |   |                                  |   |   |
|------------|---|---|--------------------------------|---|----------------------------------|---|---|
| 収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者   |   |                                |   |                                  |   |   |
|            | <input type="checkbox"/> 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。<br><small>（受給している年金に〇して下さい）</small><br><small>※ 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。</small> |   |                                |   |                                  |   |   |
|            | <input type="checkbox"/> 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80万円を超えます。<br><small>（受給している年金に〇して下さい）</small>   |   |                                |   |                                  |   |   |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。<br><small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>  |   |                                |   |                                  |   |   |
|            | 預貯金額  | 円 | 有価証券<br><small>（評価概算額）</small> | 円 | その他<br><small>（現金・負債を含む）</small> | 円 | <small>（ ）※</small><br><small>※内容を記入して下さい</small> |

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      |

**注意事項**

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同意書

(宛先)各務原市長

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、銀行又は信託会社その他の関係機関(以下これらを「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。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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、市長の報告の求め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構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印