

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

関市長 様

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。

申請者氏名		連絡先（日中に連絡が可能なもの）	
申請者住所		本人との関係	
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日		
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（※）	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	年 月 日	個人番号
	住所	□被保険者と同じ 連絡先	
	本年1月1日現在の住所	□現住所と同じ 連絡先	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	
収入等に関する申告	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	☐	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 82 万 6 千 5 百円以下です。 ※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。	
	☐	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 82 万 6 千 5 百円を超え、120 万円以下です。	
	☐	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 120 万円を超えます。	
預貯金等に関する申告	☐	預貯金（普通預金、定期預金、定期積立等）、有価証券（株式、国債、地方債、社債、出資金等）等の金額の合計は、上記の基準額以下です。※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおりです。	
		預貯金額	有価証券（評価概算額）
		円	円 ※（ ） 円

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所有している場合は、その全てを記入し、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。

市記入欄	判定段階	☐ 第1 ☐ 第2 ☐ 第3① ☐ 第3② ☐ 第4（[本人・配偶者・世帯] 課税・資産）		
	本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 保険証（ ） ☐ その他（ ）		受付

同 意 書

関市長 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。）に私及び私の配偶者（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

<配偶者>

住所

氏名