

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		連絡先
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	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		1,000 万円以下 (夫婦は 2,000 万円)以下
	<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。 ※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。		650 万円以下 (夫婦は 1,650 万円)以下
	<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、120 万円以下です。		550 万円以下 (夫婦は 1,550 万円)以下
	<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 120 万円を超えます。		500 万円以下 (夫婦は 1,500 万円)以下
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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)	その他(現金・負債を含む。)※内容を記入
		円	円	※() 円

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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	<input type="checkbox"/> 第1 <input type="checkbox"/> 第2 <input type="checkbox"/> 第3① <input type="checkbox"/> 第3② <input type="checkbox"/> 第4（[本人・配偶者・世帯] 課税・資産）		
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証（ ）	<input type="checkbox"/> 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