

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

常滑市長 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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		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（※）		（※）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		個人番号		
	住所				
	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	☐	①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				
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下です。（ <u>受給している年金に○をつけてください。以下同じ。</u> ） ※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。				
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円を超え、120万円以下です。				
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超えます。				
預貯金等に 関する申告 ※通帳等の写しは 別 添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円 （同1650万円）、③の方は550万円（同1550万円）、④の方は500万円（同1500万円） 以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、①～④の方は1000万円（夫婦は2000万円） 以下です。				
	預貯金額	円	有価証券 （評価概算額）	円	その他 （現金・負債 を含む）	（ ）※ 円 ※内容を記入してください

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所有している場合は、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

常滑市長 殿

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