

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

和光市長 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	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"/>	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																		
	<input type="checkbox"/>	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、その他合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。※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。																		
	<input type="checkbox"/>	③-1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、その他合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え120万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	③-2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※通帳の写しは別添	<input type="checkbox"/>	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(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①~③-2の方は1000万円(夫婦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	※内容を記載してください									

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

備考

- 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。
- 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。

同意書

和光市長 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、照会す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