

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 海津市長 年 月 日  
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 年 月 日                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                      | 〒 電話番号                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 電話番号                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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    |                        | 配偶者の有無が「無」の場合、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                    | 〒                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒 電話番号                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      |                        | 市町村民税                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |                          |                                                                                                                                                                    |   |             |   |               |        |  |  |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|---|---------------|--------|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告                | <input type="checkbox"/> | ①生活保護受給者／②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"/> | ③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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。(受給している年金に〇して下さい)<br>※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"/> | ④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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。                                                                                      |   |             |   |               |        |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)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 |  |  |  |  |

|            |             |
|------------|-------------|
| 申請者氏名      | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所<br>〒 | 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。

## 同意書

海津市長 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、海津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

---