

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・医療院・短期)

(申請先) 海津市長 令和 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			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生 年 月 日	年 月 日		性 別	男 ・ 女														
住 所	〒		連絡先															
申請者の住所/氏名 (本人の場合は不要)	〒		(続柄) 連絡先															
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」欄については記載不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ													課税状況	市町村民税				
	氏 名													課税	課税 ・ 非課税				
	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)																		

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												預貯金等の基準額	1000万円(夫婦は2000万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万9千円以下 です。(受給している年金に〇して下さい)													650万円(夫婦は1650万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万9千円を超え120万円以下 です。(受給している年金に〇して下さい)													550万円(夫婦は1550万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【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。(受給している年金に〇して下さい)													500万円(夫婦は1500万円)以下				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※ 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																	
	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

- (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、そのすべてを記入してください。
(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うえ添付してください。
(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。

(添付書類)・・・**預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。**
・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名・支店名・名義、最終残高(直近2ヶ月分)の分かる部分)
・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

※ 市役所使用欄	認定期間	年 月 日	～	年 月 日	受付印
交付年月日	年 月 日	承認する	(段階 1 2 3(1) 3(2))		
適用年月日	年 月 日	承認しない			
有効期限	年 月 日	(理由: 課税・配偶者・資産・)			
生活保護有・無	福祉年金受給有・無	世帯全員申告有・無	非課税世帯	該当・非該当	
年金収入+合計所得金額+非課税年金	円 + 円 + 円 =		円		
資産等	円				

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、年金保険者に私の世帯及び配偶者の課税状況、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
