

介護保険負担限度額認定申請書

上野原市長 宛

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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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使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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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／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 80 万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。以下同じ。） ※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 80 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 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円（同 1650 万円）、④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤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、③～⑤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 | | 電話番号 | |
| 申請者住所 | | 本人との関係 | |

注意

- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、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

上野原市長 あて

私は、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。）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.....印

【配偶者】

住 所.....

氏 名.....印