

負担限度額認定申請書

年 月 日

平川市長様

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			保険者番号			0	2	2	1	0	3
被保険者氏名	印	被保険者番号									
		個人番号									
生年月日	大正・昭和・平成 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(※)	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"/>		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								受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>		市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※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"/>		市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)								
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)	() ※			

※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

- 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

平川市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、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、報告を求めらるることに同意します。

また、平川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

Ⓜ