

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 安芸高田市長

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	日生	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 <small>(※)</small>	〒							
	連絡先							
入所（院）年月日 <small>(※)</small>	年	月	日	<small>(※)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。</small>				

配偶者の有無	有 ・ 無		<small>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。</small>					
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 <small>(現住所と異なる場合)</small>							
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高齢福祉年金受給者						
	<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。 <small>(受給している年金に○してください。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。</small>						
	<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。						
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<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。						
	<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。 <small>※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2000万円）以下です。</small>						
	預貯金額	円	有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	()※ 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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	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、そのすべてを記入し、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。

≪裏面もご記入ください≫

同意書

安芸高田市長 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、貴安芸高田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