

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

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。

フリカ、ナ		保険者番号		2	3	2	2	7	2
被保険者氏名	印	被保険者番号							
		個人番号							
		生年月日	明・大・昭	年		月		日生	性別
住 所	〒 電話番号								
入所（院）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、記入は不要です。					

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	フリカ、ナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年		月		日	個人番号	
	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）	〒 電話番号							
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 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。								
預貯金等に関する申告（本人及び配偶者）	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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

※内容を記載してください。
申請者が被保険者本人である場合には、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。
- (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

(宛先) 高浜市長

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。)にわたし及びわたしの配偶者(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、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、高浜市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、わたし及びわたしの配偶者が同意している旨を銀行等へ伝えて構いません。

年 月 日

<被保険者本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印