

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。

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日生		
住所	〒	電話番号	
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	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	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			1,000万円(夫婦は2,000万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金を○で囲む) ※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。			650万円(夫婦は1,650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額80.9万円超え120万円以下です。(受給している年金を○で囲む)			550万円(夫婦は1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金を○で囲む)			500万円(夫婦は1,500万円)以下
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は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券に係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)

※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)

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、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、私及び私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

配 偶 者

住 所

氏 名

代筆者
