

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

日進市長 宛て

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	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"/>	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、年金収入額(非課税年金を含む)、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。																
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額(非課税年金を含む)、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、年金収入額(非課税年金を含む)、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 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③は650万円(同1,650万円)、④は550万円(同1,550万円)、⑤は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤は1,000万円(夫婦は2,000万円)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)	() 内容を記入してください 円											

受給している年金	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金等 ()																
----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

1 本人のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
		種 類	金 額
金・銀など、時価評価額が容易に把握できる貴金属	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
投資信託	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
現金 (タンス預金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
負債 (借入金・住宅ローン等)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

2 配偶者のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
		種 類	金 額
金・銀など、時価評価額が容易に把握できる貴金属	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
投資信託	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
現金 (タンス預金)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
負債 (借入金・住宅ローン等)	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

3 その他確認事項

年金が振り込まれている通帳がある。	<input type="checkbox"/>
生活費（電気/ガス/水道使用料等）の支払いを確認できる通帳がある。	<input type="checkbox"/>
※無い場合、事情をご記入ください。（	）

同意書

日進市長 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。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

[署名代行者] 住 所

氏 名

続柄

署名代行理由