

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

総社市長 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				3	3	2	0	8	0
被保険者氏名		被保険者番号									
		個人番号									
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日									
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	明・大・昭 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		☐ 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									
		☐ 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80.9万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。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。									
		☐ 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80.9万円を超え、120万円以下です。									
		☐ 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。									
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※ 通 帳 等 の 写 し は 別 添		☐ 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。 ※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(夫婦は2000万円)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)	()※	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。

同意書

総社市長 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

申請書を提出する前にもう一度御確認ください。

- ☐ 配偶者の有無は記入しましたか？
- ☐ 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？
- ☐ 預貯金等に関する申告は記入しましたか？
- ☐ 申告した預貯金等の内容が確認できる通帳のコピー等を添付しましたか？
 - ①銀行名・支店名・口座番号・名義のわかる部分(例えば、表紙を開いた部分)
 - ②最終の取引日と残高がわかる部分(配偶者のいる方は、配偶者のコピーも必要です)