

介護保険負担限度額認定申請書

糸魚川市長様

新規 更新

年 月 日

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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した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短期入所生活(療養)介護を利用している場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|--|--|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無 (内縁関係を含む) | 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」は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | (被保険者の住所と異なる場合に記載) 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本年1月1日 現在の住所 | (現住所と異なる場合に記載) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村民税課税状況 | 課税 · 非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------|---|------|---------------------|---------------|-----------------------------|---|---|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> ・生活保護受給者 <input type="checkbox"/> ・市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | 預貯金等の基準額 | 1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下) | | | |
| | <input type="checkbox"/> ・市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と 非課税年金収入額の合計額が年額80万9千円以下 | | | | 650万円以下 (夫婦は1,650万円以下) | | | |
| | <input type="checkbox"/> ・市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と 非課税年金収入額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下 | | | | 550万円以下 (夫婦は1,550万円以下) | | | |
| | <input type="checkbox"/> ・市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と 非課税年金収入額の合計額が年額120万円超 | | | | 500万円以下 (夫婦は1,500万円以下) | | | |
| | 非課税年金受給の有無及び種類 | | 有 (遺族年金 · 障害年金) · 無 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは、別紙のとおり | | | | | | | |
| | | 預貯金額 | 有価証券(評価概算額) | その他(現金・負債を含む) | | | | |
| | 被保険者 | 円 | 円 | 円 | | | 円 | |
| | 配偶者 | 円 | 円 | 円 | | | 円 | |
| 計 | 円 | 円 | 円 | | | 円 | | |

市記入欄

| | | | | | |
|-------|---------|--------|---|-------|------------------------------------|
| 交付年月日 | 市町村民税世帯 | 課税・非課税 | 生活保護受給 | 有 · 無 | 利用者負担段階 |
| 年 月 日 | 配偶者 | 課税・非課税 | 老齢福祉年金 | 有 · 無 | <input type="checkbox"/> 第1段階 |
| 適用年月日 | 預貯金等 | 円 | 合計所得金額 + 課税年金収入額 + 非課税年金収入額 | 円 | <input type="checkbox"/> 第2段階 |
| 年 月 日 | | | | | <input type="checkbox"/> 第3段階① |
| 有効期限 | | | | | <input type="checkbox"/> 第3段階② |
| 年 月 日 | | | | | <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当) |

同意書

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、糸魚川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

申請者が被保険者本人以外の場合に記載してください。

| | | |
|-------|---|--------|
| 申請者氏名 | | 本人との関係 |
| 申請者住所 | 〒 | 電話番号 |

結果送付先 被保険者 申請者 その他 ()

添付書類

- ・預貯金（普通・定期）…通帳の写し等（本人分・配偶者分の全ての通帳）
※金融機関、口座番号が分かれる部分及び直近2か月程度の残高が分かれる部分
- ・有価証券（株式・国債など）、投資信託…銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローンなど）…借用証書など

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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。