

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 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 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 ・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80万円以下 | | 650万円以下(夫婦は1,650万円以下) | 第2号被保険者(65歳未満)は1,000万円(夫婦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 | <input type="checkbox"/> | 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 | |
| | 配偶者 | 円 | 円 | 円 | |
| | 計 | 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 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当) |
| 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 | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 有効期限 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |

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、口座番号が分かる部分及び直近2か月程度の残高が分かる部分
- ・ 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せん。
- (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。