

(別紙)

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

市(町村)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				被保険者番号			
被保険者氏名	⑩			個人番号			
生年月日	明・大・昭	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	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	<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					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。					受給している全ての年金の保険者に〇して下さい  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)					
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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかか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)	( )※ 円 ※内容を記入して下さい

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

- 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。

同意書

蕪崎市長 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。）に私および配偶者（内縁関係の者を含む）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、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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

委任状

<本人>

氏名

印

私は、次の者にこの申請を委任します。

<代理人>

住所

氏名

連絡先

(本人との関係 )

処理欄	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当	端末確認	申請入力	認定入力
	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者課税	<input type="checkbox"/> 資産あり	適用年月日	有効期限	交付年月日
本人確認	1点確認 ( 個 ・ 免 ・ 介 ・ 障 ・ その他 ( ) )						
	2点確認 ( 保 ・ 医 ・ 後 ・ 負 ・ 限 ・ 年 ・ その他 ( ) )						

受付