介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

韮崎市長　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	1920700
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	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	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80万円以下です。（受給している年金に○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

○　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

（宛先）韮崎市長

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（住所が別の場合や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、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。

令和　　年　　月　　日

＜本　人＞
住　所

氏　名　　㊞

＜配偶者＞
住　所

氏　名　　㊞

委　任　状

＜本　人＞
氏　名　　㊞

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	□第１段階　□第２段階　□第３段階　□非該当	端末確認	申請入力	認定入力
状　況	□非課税世帯　□課税世帯　□配偶者課税　□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