

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 白河市長

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	<input type="checkbox"/>	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								
	<input type="checkbox"/>	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〇をしてください。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。								
	<input type="checkbox"/>	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。								
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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		
※内容を記入して下さい										

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

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

白 河 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