

介護保険負担限度額認定申請書

常陸太田市長 殿

令和 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	明・大・昭 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(※)	平・令 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"/>	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		受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 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"/>	③市町村民税世帯非課税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○をしてください) ※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。				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税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120万円以下です。(受給している年金に○をしてください)				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税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120万円を超えます。(受給している年金に○をしてください)				
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②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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)

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。

※内容を記入してください

申請者氏名		連絡先(自宅・携帯・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、世帯を別にす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、定期、普通預金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 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。

市記入欄	課税状況	課税 ・ 非課税	
	収入・所得	年金収入	円/合計所得 円/年金収入(非課税) 円
	段階	第 段階	
	適用年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	

裏面の同意書も記入してください。

同 意 書

常陸太田市長 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。）に私及び配偶者（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