

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

八幡浜市長 様

年度

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																			
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 （※）	（※）利用が未定の場合は、記入不要です。																			

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	個人番号																		
	住所	電話番号																		
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	電話番号																		
	課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受有者																		

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80.9万円以下です。 <b>（受給している年金に〇してください）</b> ※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80.9万円を超え、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)	円	( ) ※ 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、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。

結果送付先	<input type="checkbox"/>	申請者住所	<input type="checkbox"/>	入所施設	<input type="checkbox"/>	その他	( )
提出者	<input type="checkbox"/>	申請者本人	<input type="checkbox"/>	その他	( )		

# 同意書

---

八幡浜市長 様

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。

年 月 日

<被保険者>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<代筆した場合>

住所

氏名

(続柄 )