

負担限度額認定申請書

行田市長 様

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 | | | 保険者番号 | | | | | 1 | 1 | 2 | 0 | 6 | 0 |
| 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。 | | | | | | | | | | | | |
| | <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) | ()※ | | | | | |

※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・携帯電話) |
| 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

行田市長 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