

介護保険負担限度額認定申請書

知立市長 様

次のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

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	性別	男・女	
住所	〒 電話番号			
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号			
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、記入は不要です。		
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」については記載は不要です。		
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	電話番号		
	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"/>	生活保護受給者/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○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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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○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。				
預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超えます。 (受給している年金に○してください)				
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他	() ※ 円

※現金、負債についての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	電話番号
申請者住所	本人との関係

(裏)

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 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、すべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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

知立市長殿

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）に私及び私の配偶者（内縁関係者の者を含む。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

印

<配偶者>

住 所
氏 名

印