

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 愛西市長 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			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。															

配偶者に関する事項	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。													
	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	☐	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																
	☐	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。 (受給している年金に○を付けてください。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。																
	☐	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。																
	☐	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	☐	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。																
	※通帳等の写し別添	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・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離を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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(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。

預貯金等に関する申告書

●現金及び預貯金額

	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対 象 者	残 高
1					本人 ・ 配偶者	円
2					本人 ・ 配偶者	円
3					本人 ・ 配偶者	円
4					本人 ・ 配偶者	円
5					本人 ・ 配偶者	円
6					本人 ・ 配偶者	円
7					本人 ・ 配偶者	円
現 金 等				被保険者(本人)		円
				配 偶 者 等		円
合 計 ①						円

●有価証券等

	金融機関等名	支店名	種別	口座名義人	対 象 者	残 高
1					本人 ・ 配偶者	円
2					本人 ・ 配偶者	円
3					本人 ・ 配偶者	円
合 計 ②						円

●その他(負債)

	貸 主	名 目	対 象 者	残 高
1			本人 ・ 配偶者	円
2			本人 ・ 配偶者	円
3			本人 ・ 配偶者	円
合 計 ③				円

※ 書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。

同 意 書

愛 西 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。

令和 年 月 日

<本人> <配偶者>

住 所 住 所

氏 名 氏 名

(代筆者氏名： 続柄：) (代筆者氏名： 続柄：)

愛西市確認欄

書類 ☐ 同意書 ☐ 通帳の写し等 ☐ 非課税年金の受給 (有 ・ 無)					発 行	入 力
☐ 該 当 有効期間(年 月 日 ～ 年 月 日) ☐ 非該当						
所得状況 第 段階		転入者であるかどうか	有 (/ 転入)			
			無			
要介護認定日 (年 月 日) 要介護状態区分 () 有効期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)					受 付	確 認
給付制限 有 ・ 無		生活保護受給 有 ・ 無		資産状況		
期間(～)		期間(～)		合計 円		
本人世帯 課税 ・ 非課税		配偶者課税状況 課税 ・ 非課税		老齢福祉年金受給 有 ・ 無		