

介護保険負担限度額認定申請書

裏面もご記入下さい

令和 年 月 日

(宛先) 焼津市長

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		0	0	0	0	0												
	個人番号																		
	性 別																		
生 年 月 日																			
住 所																			
入院(所)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	連絡先																	
	生 年 月 日	年	月	日	個人番号														
	住 所	☐ 被保険者と同じ	☐ 被保険者と異なる ()																
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	☐ 上の住所と同じ	☐ 上の住所と異なる ()																
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

収入等に関する申告	非課税年金受給	無・有 (円)	【遺族年金 障害年金 その他 ()】																	
	課税年金受給	無・有 (円)	【日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済】																	
	その他所得	無・有 (円)	【 】																	
	世帯区分	上記収入等の金額の合計額等										段階による預貯金、有価証券等の基準額								
	生活保護受給者																			
	市町村民税世帯非課税者	老齢福祉年金受給者											本人のみ：1,000万円以下 夫婦：2,000万以下							
		80.9万円以下											本人のみ： 650万円以下 夫婦：1,650万以下							
80.9万円を超え120万円以下												本人のみ： 550万円以下 夫婦：1,550万以下								
120万円を超える												本人のみ： 500万円以下 夫婦：1,500万以下								
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上記基準額以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり																		
	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(窓口に来られた人)	氏 名	連絡先(自宅・勤務先・携帯)																
	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) 非課税年金には、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。
- (3) 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、その全てを記入してください。
- (4) 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。
- (5) 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。

委任☐ 保☐ 申☐ 通☐ (配☐ R☐ S☐ 記☐ 年☐) / ち☐ 入☐ 確☐

全員ご記入をお願いします。

同意書

(宛先)

焼津市長

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を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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

委任状

令和 年 月 日

<被保険者>

住所

氏名

印

私は下記の者を代理人と定め、負担限度額認定申請について委任します。

<代理人>（窓口に来られる人）

住所

氏名

（事業所名）

被保険者以外の方が窓口に来られる場合、かつ、被保険者の本人確認書類（原本）をお持ちでない場合、ご記入ください。