

介護保険負担限度額認定申請書

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<br>被保険者氏名           | 被保険者番号 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 個人番号   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 性別     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 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                     | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 上の住所と同じ | <input type="checkbox"/> 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 |  |             |   |  |  |               |        |                    |  |               |  |  |  |  |  |  |
|                |  | 80万円以下                        | 本人のみ：650万円以下 夫婦：1,650万以下   |  |             |   |  |  |               |        |                    |  |               |  |  |  |  |  |  |
| 80万円を超え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     | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が上記基準額以下です。<br>※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

- 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。
- 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。
- 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

(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、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