

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
能代市長 様

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											
	個人番号											
	生 年 月 日	年			月			日				
住 所	〒										電話番号	
入所（院）した 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、記入不要です。								
配偶者の有無	有 ・ 無			配偶者の有無が「無」の場合、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	〒										電話番号
	本年1月1日 現在の住所と (現住所と異なる場合)	〒										電話番号
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金額が 年額 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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。										
	<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金額が 年額 80.9 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金額が 年額 120 万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通常党の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 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 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。										
	預貯金額			有価証券 (評価概算額)			その他 (現金・負債を含む)					

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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ものを含みます。
- (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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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は、介護保険法第 22 条第1項j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。

能代市長 様

介護保険負担減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、能代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

※代筆の場合記入してください。

<代筆者> 住所

氏名

続柄

◎この同意書はすべて自筆で記入してください。
◎本人及び配偶者が身体的な理由で署名できない場合は、本人及び配偶者の同意を得て、代筆者が本人、配偶者及び代筆者を記入してください。