

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)

上尾市長

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											被保険者番号										
被保険者氏名	⑨										個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日						性別	男 ・ 女										
住 所	〒										連絡先										
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)																					
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																				
	生年月日	明・大・昭	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)	〒										連絡先									
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																			
	<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。															受給している全ての年金の保険者に○してください				
	<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)															日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
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1,000万円（夫婦は2,000万円）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

保険者記入欄

該当区分										交付年月日																			
<input type="checkbox"/>	第1段階	<input type="checkbox"/>	第2段階	<input type="checkbox"/>	第3段階						年	月	日																
<input type="checkbox"/>	第4段階											適用年月日																	
非該当理由		課税による (本人 配偶者 世帯員)										年 月 日から																	
		預貯金等の合計 (1,000万円以上(単身) 2,000万円以上(夫婦))										年 月 日まで																	
生保 無・有 (□生活支援課)					認定 支・介 (1・2・3・4・5)					課長					主幹					グループのリーダー					担当				
第2段階の場合 非課税年金収入 無・有					制限 無・有																								

同 意 書

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。

年 月 日

<本人>
住所

氏名

㊞

<配偶者>
住所

氏名

㊞

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。

添付書類

通帳のコピー等（本人分・配偶者分）