

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
白山市長 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（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	☐	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 82.65 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。																		
	☐	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 82.65 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 ※通帳等の写し は別添	☐	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	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、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

- 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。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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 2 2 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

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、白山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まいります。

年 月 日

〈本人〉

住 所

氏 名

（署名又は記名押印）

〈配偶者〉

住 所

氏 名

（署名又は記名押印）

※市記入欄

交 付 年 月 日	確認欄《課税状況等》
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日	
有 効 期 限	
年 月 日	却下理由
却 下 年 月 日	
年 月 日	