

介護保険負担限度額認定申請書

新潟県加茂市長 藤田 明美 様

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・住居費（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	000
被保険者氏名		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（※）	〒 -	連絡先	-
入所（院）年月日（※）	昭・平 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、記載不要です。	

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）	〒 -		
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額が年額80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）※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額が年額80万円を超え、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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）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

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

- 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。
- 虚偽の申請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。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

* 預貯金通帳の写し：銀行名・支店名・名義欄 普通預金の最終残高（2か月前まで）の分かる部分
定期預金欄（預金がない場合も必要）

* 有価証券（株式・国債など）：証券会社や銀行の口座残高の写し

* 負債（借入金・住宅ローンなど）：借用書の写し

同意書

新潟県加茂市長 藤田 明美 様

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、加茂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

〈配偶者〉

住 所

氏 名