

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

上天草市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食事・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		個人番号	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女 年齢 歳
住 所	〒 - 上天草市 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	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、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・平 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記入）	〒 -		
	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、その他の合計所得の合計額が年額80万以下です。 <small>（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母見年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>		
	<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 ※通帳等の写しは別途	<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、下記については記載は不要です。

申請者氏名		連絡先：
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) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ、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。

※結果通知等の送付先について、被保険者の自宅以外に御希望があれば以下に記入してください。

御希望の送付先にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 上記の施設へ	<input type="checkbox"/> 上記の提出者宅へ
	<input type="checkbox"/> その他（住所：〒 -	
	宛名：	方へ送付）

※送付先については、この申請分に限ります。御了承ください。

裏面の同意書にも記入してください。

（裏面）

同 意 書

上天草市長 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、上天草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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名