

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(申請先)

須賀川市長

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	カイゴ タロウ	被保険者番号	0001234567
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	000000000000
生年月日	S1年 1月 1日	性別	男・女
住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135番地 連絡先 75-1111		
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	カイゴ ハナコ	
	氏名	介護 花子	
	生年月日	S1年 2月 2日	個人番号 000000000000
	住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135番地 連絡先 75-1111	
	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	☐	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 80 万 9 千円以下です。 (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。			
	☐	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 9 千円を超え、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 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	4,750,851 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金)※ (現金・負債を含む) 500,000 円 ※内容を記入して下さい

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	介護 一郎	連絡先	自主・勤務先
申請者住所	同上	本人との関係	子

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。

※裏面の同意書にもご記入、署名をお願いします。

同 意 書

須賀川市長

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。

令和 ○年 ○月 ○日

<本人>

住 所 須賀川市八幡町135番地

氏 名（署名） 介護 太郎

<配偶者>

住 所 須賀川市八幡町135番地

氏 名（署名） 介護 花子