

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○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。 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82万6千500円以下です。(受給している年金に○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82万6千500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・負債を含む) (現金)※ 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 自宅・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。

令和〇年〇月〇日

<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