

(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。		
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	<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高齢福祉年金受給者				
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	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	400万円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)	(現金)※ 50万円

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	介護 一郎	連絡先	自分・勤務先
申請者住所	同上	本人との関係	子

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。

(裏面)

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