

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

藤枝市長 様

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 被保険者氏名	被 保 険 者 番 号														
	個 人 番 号														
	生 年 月 日														
住 所	〒 電話番号														
入 所（院）した 介 護 保 険 施 設 の 所 在 地 及 び 名 称 （ ※ ）	〒 電話番号														
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																
	氏 名																
	生年月日	年 月 日					個人番号										
	住 所	電話番号															
	本年 1 月 1 日現在の住所 （現住所と異なる場合）	電話番号															
	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 80.9 万円以下です。（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 80.9 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	<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。 ※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。													
※通帳等の写しは 別添のとおり	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 ※内容を記入してください									

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		連絡先（自宅・勤務先）
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（給付額と併せて最大 3 倍の金額）を返還していただくことがあります。

同 意 書

藤枝市長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

代筆