

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

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				個人番号										
氏名				被保険者番号										
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住所	〒													
	電話番号													
利用する施設の種類	該当する箇所の□に✓を付けてください。未定の場合はその他に✓を付けて、施設名称等は空欄のままにしてください。													
	<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	介護医療院	<input type="checkbox"/>	その他(ショートステイ)				
施設名称														
施設住所	〒													
	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				生年月日	年 月 日									
氏名				個人番号										
住所	〒													
<small>*被保険者と同居の場合は記入不要</small>	電話番号													
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										

収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。) <small>※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。</small> ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。 <small>※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。以下同じ。</small>												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○してください。) ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○してください。) ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下です。												
預貯金等に関する申告(夫婦合計)	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他	()	円							
※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。														

受給している
全ての年金の
保険者に○して
ください

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

※裏面もご記入ください。

牛久市長 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私および私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況および保有する預貯金なら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、牛久市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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。

〈被保険者本人〉

氏名

〈配偶者〉

氏名

令和

年

月

日

【申請者連絡先】

氏名

被保険者との関係()

電話番号

住所

〈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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
また、申請日の直近から原則として2か月前までの通帳の写しを添付願います。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

市記入欄

備 考	
交付年月日	(被保険者) 世帯構成
年 月 日	所得金額 _____ 円 年金収入額 _____ 円 _____ 円 (世帯分離前の世帯構成)
適用年月日	(配偶者)
年 月 日から	所得金額 _____ 円 年金収入額 _____ 円 預貯金額 _____ 円 有価証券 _____ 円 その他 _____ 円
有効期限	市県民税課税の有無 有 ・ 無
年 月 日まで	【判定結果】 該当 ・ 非該当