

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）青 梅 市 長 殿
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。年 月 日

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女														
住 所	〒		連絡先															
入所（院）した介護保険施設の所在地および名称（※）	〒		連絡先															
※入所（院）年月日			※介護保険施設に入所（院）していない場合およ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			生年月日															
	氏 名			明・大・昭 年 月 日															
	住 所	〒		連絡先															
	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															

収入および預貯金等に関する申告（預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり）	☐	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															
	☐	市町村民税非課税世帯・配偶者非課税であって、課税年金および非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万9,000円以下かつ預貯金および有価証券等の資産合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下である。															
	☐	市町村民税非課税世帯・配偶者非課税であって、課税年金および非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万9,000円超120万円以下かつ預貯金および有価証券等の資産合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下である。															
	☐	市町村民税非課税世帯・配偶者非課税であって、課税年金および非課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超かつ預貯金および有価証券等の資産合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下である。															
	受給しているすべての年金の保険者に○をつけてください。	日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済															
		遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）・障害年金															
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。

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、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。

年 月 日				
被保険者本人	氏 名		住 所	
配偶者	氏 名		住 所	

※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。

フリガナ			連絡先（自宅・勤務先）	
申請者氏名				
申請者住所	〒		本人との関係	

- （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または内縁関係の者を含みます。
- （2） 預貯金については、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、また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項の規定にもとづき、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。