

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

青梅市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかか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 所在地および名称 （※）	〒 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	配偶者の有無が「無」の場合、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 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。 ※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80.9万円を超える、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120万円を超える。														
	預貯金等に する申告 ※通帳等の写し は別添	<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。 ※第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。													
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										

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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また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、その全てを記入し、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。

(別紙)

同 意 書

青梅市長 殿

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。

年 月 日

< 本 人 >

住 所

氏 名

< 配 偶 者 >

住 所

氏 名