

(表)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 本庄市長

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。

また、負担限度額の認定にあたり、住民税の賦課状況を調査することについて同意します。

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		
住所			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）			
入所（院）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			
	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

※内容を記載してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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"/>	②市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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、寡夫年金、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"/>	③市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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"/>	④市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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 ①の方は1000万円（夫婦は2000万円） ②の方は650万円（同1650万円） ③の方は550万円（同1550万円） ④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、①～④の方は1000万円（夫婦は2000万円）		
		預貯金額	有価証券	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、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、その全てを記入し、通帳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倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

(あて先) 本庄市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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、本庄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