

(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			
被保険者氏名	被保険者番号		
	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				
	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