

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

日立市長 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。

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女							
住所	〒										電話番号	()	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称											電話番号	()	
入所(院)年月日			年	月	日	(*) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記載不要です。							

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	明・大・昭	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						

収入等に関する申告	<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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額 80 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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額 80 万円を超えて 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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円（夫婦は 1650 万円）、④の方は 550 万円（夫婦は 1550 万円）、⑤の方は 500 万円（夫婦は 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、③～⑤の方は 1000 万円（夫婦は 2000 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、下記について記載は不要です。

申請者氏名			電話番号							
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所有している場合は、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。

市記入欄	課税状況	非課税 ・ 課税 ()		生保・境界層	年 月 日から		公簿確認		
	収入等	年金収入＋合計所得金額 (円)		資産勘案	適 ・ 否				
	要介護(支援)認定	年 月 日 ~		年 月 日					
	負担段階	適用年月日	令和 年 月 日から (申請月の初日・新規要介護認定日)						

同 意 書

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。

令和 年 月 日

(本人)

住 所

氏 名

(配偶者)

住 所

氏 名