

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

伊佐市長 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				個人番号										
被保険者氏名	Ⓜ			被保険者番号										
				性別	男 ・ 女									
生年月日	明・大・昭 年 月 日													
住 所	連絡先													
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先													
入所（院）年月日 (※)	昭・平・令 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	明・大・昭 年 月 日			個人番号										
	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														

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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"/> 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】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金にOして下さい) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、進母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。										受給している全ての年金 保険者にOして下さい  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/> 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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金にOして下さい)												
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
預貯金等に関する申告	預貯金額				有価証券 (評価概算額)				その他 (現金・負債を含む)	(内容)			
		円						円			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、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。

決 裁	課長	係長	係

# 同意書

伊佐市長 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

⑩

配偶者

住所

氏名

⑩