

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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											
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 （※）	令和	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	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"/>											
	受給している全ての年金 保険者にOしてください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	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 （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、準母子年金、 遺児年金を含みます。							年額82万6,500円以下 <input type="checkbox"/>			
									年額82万6,500円超 120万円以下 <input type="checkbox"/>			
									年額120万円超 <input type="checkbox"/>			
預貯金等に関する申告	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）	（内容）		円
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり												

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

認定証送付先【 施設・自宅・申請者・その他（ ） 】

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。

令和 年 月 日

本人

住所 _____

氏名 _____

印

配偶者

住所 _____

氏名 _____

印

※署名でない又は代筆の場合は、記名押印してください。