

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（宛先）
上尾市長

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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女											
住所	〒 ー													
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 （※）	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、記入不要です。										
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	〒 ー											
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合）	〒 ー											
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		連絡先									

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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい） <small>※ 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</small>										
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。（受給している年金に○して下さい）										
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい）										
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者者（40歳～64歳）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）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					

※内容を記入してください。

保険者記入欄

該当区分	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②				交付年月日			
					年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 第4段階				適用年月日			
非該当理由	課税による（本人 配偶者 世帯員）				年 月 日から			
	預貯金等の合計				年 月 日まで			
				(1,000万円以上（単身） 2,000万円以上（夫婦）)				
生保 無・有（ <input type="checkbox"/> 生活支援課）	認定 支・介（1・2・3・4・5）			課長	主幹	グループのリーダー	担当	
第2段階の場合 非課税年金収入 無・有	制限 無・有							

(裏)

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

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所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

添付書類

通帳等の写し（本人分・配偶者分）