

介護保険負担限度額認定申請書

裏面同意書有

五條市長 殿

年 月 日

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									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女			
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、記載不要です。				

配偶者の有無 <small>（世帯分離・事実婚含む）</small>		有 ・ 無	市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税
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
	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）			

		認定要件				預貯金額上限 <small>（夫婦の場合）</small>
収入・預貯金等に関する申告	<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				1,000 万円 (2,000 万円)
	<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。 <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>				650 万円 (1,650 万円)
	<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 万円超 120 万円以下です。				550 万円 (1,550 万円)
	<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 120 万円を超えます。				500 万円 (1,500 万円)
		預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円	その他 <small>（現金・負債を含む）</small>

申請者氏名	連絡先（携帯・自宅）
申請者住所 〒	本人との関係

注意事項

- （1）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てください。
- （2）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。
- （3）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。

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

同意書

五條市長 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。）に私及び配偶者（内縁関係のものを含む。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 _____ 印

〈配偶者〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印