

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

館山市長 様

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。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請									
フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0	0				
被保険者氏名		個人番号									
生年月日	年 月 日	性別									
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（入院）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	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						受給している 全ての年金の 保険者に を して下さい			
		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。以下同じ。） 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。									
		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。									
		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。						日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
預貯金等に関する申告 通帳等の写し は別添		預貯金、有価証券等の金額の合計が の方は1000万円（夫婦は2000万円）、 の方は650万円（同1650万円）、 の方は550万円（同1550万円）、 の方は500万円（同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、 ~ 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	内容を記入してください		

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、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。

同意書

館山市長 様

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、館山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