

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

網走市長 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。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
生 年 月 日		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（※）		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		☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																	
		☐ 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〇して下さい。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。																	
		☐ 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。																	
		☐ 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。																	
預貯金等に関する申告		預貯金、有価証券等の金額の合計が ②の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円以下（同 1650 万円）、④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤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、③～⑤の方は 1000 万円（夫婦は 2000 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。

(表面)

同意書

網走市長 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、年金保険者または銀行、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まいります。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名