

介護保険負担限度額認定申請書

①

善通寺市長 様

令和 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				個人番号				
生年月日	大正・昭和	年	月	日				
住 所				電話番号				
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称（※）	施設名	住所						
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	大正・昭和	年	月	日	個人番号		
	住 所	同上・その他（ ）						
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）							
課税状況	市民税（ 課税 ・ 非課税 ）							

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/> ③市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。							
	<input type="checkbox"/> ④市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。							
	<input type="checkbox"/> ⑤市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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/> 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（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。							
	預貯金額	有価証券 （評価概算額）	円	円	その他 （現金・負債 を含む）	円	（ ）※ 円 ※内容を記入して下さい	

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。

申請者	住 所		電話番号	
	氏 名		本人との 関係	

(市記入欄)

適用開始	負担限度額認定を 決定・却下 する			却下理由	課税（本人・配偶者・家族） 預貯金等一定額以上	受付 窓口・ 郵送
年月日	利用者負担段階 第 段階（ ）					
適用終了	老 齢 福 祉 年 金	有 ・ 無	預貯金等合計額			
年月日	生 活 保 護 受 給	有 ・ 無				
交付年月日	市 民 税（世帯）	課税 ・ 非課税	① 課 税 年 金			
年月日	市 民 税（本人）	課税 ・ 非課税	② 合 計 所 得 金 額			
証 書 発 送 日	市 民 税（配偶者）	課税 ・ 非課税	③ 非 課 税 年 金			
年月日	非 課 税 年 金	有 ・ 無	判 定 所 得 金 額 ① + ② + ③			

同意書

善通寺市長 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。以下に同じ。）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

（配偶者） 住所

氏名

被保険者番号		氏 名	
<p>1. 預貯金の額が確認できるもの</p> <p>通帳の写し（配偶者がいる場合は、配偶者の分も添付）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 銀行名・支店・口座番号・名義がわかる部分の写し <ul style="list-style-type: none"> → 通帳の表紙をめくり、口座番号・名義等が書かれているページ ◎ 申請日の直近から2か月分の通帳の写し <ul style="list-style-type: none"> → 最新のものまで通帳記入をしてからコピーしてください <p>*同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、すべての通帳のコピーを添付してください。（定期預金証書も含む）</p> <p>2. 信託・有価証券（評価概算額がわかるものの写し）</p> <p>3. 負債額がわかるもの（借用書等の写し）</p>			