

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
岐阜県下呂市長 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	明・大・昭	年	月	日生	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（※）	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	明・大・昭・平	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	<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。 <small>（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）</small> <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。										
	<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。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。 <small>※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。</small>										
	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。

資 産 申 告 書

下呂市長 様

被保険者氏名 _____

被保険者番号 _____

私及び配偶者の資産の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

記

【本人】預貯金等

		金融機関名	口座番号	口座名義	預貯金額
預貯金 普通 定期	有・無				円
					円
					円
					円
タンス預金	有・無				円

		種類	契約者	金額
有価証券等	有・無			円
				円
				円

【配偶者】預貯金等

		金融機関名	口座番号	口座名義	預貯金額
預貯金 普通 定期	有・無				円
					円
					円
					円
タンス預金	有・無				円

		種類	契約者	金額
有価証券等	有・無			円
				円
				円

※ 預金通帳の写し添付 (表紙及び最終記帳ページ、直近の年金支給額の記帳ページ)

同意書

下呂市長 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、下呂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に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

印

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

印