

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

寒河江市長 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の申請をします。

		令和 年度	
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	電話番号		
介護保険施設名称(※)			
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載不要です。	
市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給		
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	個人番号	
	氏 名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
		市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税
	住 所	電話番号	
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		
収入及び預貯金等に関する申告	1 ☐ 生活保護受給者または市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者で、 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。		
	市町村民税非課税世帯で、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※1)・障害年金】収入額の合計額が (受給している年金に○してください)		
	2 ☐ 年額82.65万円以下です。	かつ預貯金等(※2)の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。	
	3 ☐ 年額82.65万円超120万円以下です。	かつ預貯金等(※2)の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。	
	4 ☐ 年額120万円を超えます。	かつ預貯金等(※2)の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。	
	※1 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。 ※2 第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		

申請者が被保険者本人の場合は下記について記載は不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) ☐ 市民税非課税世帯 合計所得金額
適用年月日	☐ 該当(第 段階) 課税年金収入額
年 月 日から	☐ 非該当 非課税年金収入額

預貯金等に関する申告

種 類	有 無	名 義	金融機関名及び支店名	預貯金額
預貯金 (普通・定期)	有 ☐ 無 ☐	本 人		円
				円
				円
	有 ☐ 無 ☐	配偶者		円
				円
				円
種 類	有 無	名 義	種 類	評価概算額
有価証券 (株式・国債・ 地方債・社債等)	有 ☐ 無 ☐	本人		円
	有 ☐ 無 ☐	配偶者		円
種 類	有 無	名 義	種 類	金 額
その他 (負債・現金等)	有 ☐ 無 ☐	本人		円
	有 ☐ 無 ☐	配偶者		円
			合 計	円

必要書類

預貯金等に関する申告の内容を確認できる下記の書類を添付してください。

- ・預貯金：通帳の写し（見開き部分と申請日から2カ月前までの取引履歴がわかる部分）
- ・有価証券：証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローン等）：借用証書の写し

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

寒河江市長 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、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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名