

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

長浜市長 あて

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					
生年月日	大・昭	年	月	日	個人番号
住所	〒 電話番号				
入所（院）した 介護保険施設の 種類、所在地及び 名称	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他（ショートステイ・入所予定・その他施設）				
	所在地	※ショートステイ（短期入所）、入所予定、その他施設の場合は、所在地、名称、入所年月日については、記入不要です。			
名称					
入所（院）年月日		年	月	日	

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、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号	
	氏名			生年月日	大・昭・平 年 月 日
	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のみ記入)			
	市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1	生活保護受給者等	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	<input type="checkbox"/> 2	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下		650万円（夫婦は1,650万円）以下		
	<input type="checkbox"/> 3①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下		550万円（夫婦は1,550万円）以下		
	<input type="checkbox"/> 3②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超える		500万円（夫婦は1,500万円）以下		
預貯金等に関する申告		預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※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

申請者氏名	(申請者が被保険者と異なる場合のみ記入)	電話番号
申請者住所	被保険者との続柄	

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方を含みます。
- (2) 第2号被保険者に係る預貯金等の基準額については、一律1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 虚偽の申告により不正に軽減を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、軽減された額及び最大2倍の加算金を納付していただくことがあります。

同意書

長浜市長 あて

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。

令和 年 月 日

<被保険者>

住所 _____

氏名 _____ (印)

※本人が手書き(自署)した場合は、押印を省略することができます。

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____ (印)

※本人が手書き(自署)した場合は、押印を省略することができます。