

収受日（市記載欄）
年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

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	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	☐ 介護老人福祉施設（特養） ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 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	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		

				預貯金等の基準額			
収 入 等 に 関 する 申 告	☐ 1	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			②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	☐ 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 〕 の収入額の合計が	年額 82.65 万円以下	650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下			
	☐ 3①		年額 82.65 万円を超え 120 万円以下	550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下			
	☐ 3②		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、長浜市長が官公署、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。）に対し、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、長浜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

<被保険者>

住所 _____

氏名 _____

※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。