

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

飯山市長 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			個人番号															
生年月日																		
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（※）	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。					

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	☐	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																	
	☐	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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万 9 千円以下です。 （受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。																	
	☐	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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万 9 千円を超え、 120 万円以下です。																	
	☐	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】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	☐	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	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・携帯電話）
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。

同 意 書

飯山市長 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、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 _____