

負担限度額認定申請書

花巻市長様

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。

年　月　日

フリガナ				保険者番号		0	3	2	0	5	2		
被保険者氏名				被保険者番号									
				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	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 稅 状 況	市町村民税　課税　・　非課税												
取 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。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。											
	<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 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。 ※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・勤務先)
申請者住所				本人との関係

注意事項

- 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。
- 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。
- 預貯金等に関して、金融機関へ照会する場合もあるので、裏面同意書へ、本人、配偶者の署名をしてください。
- 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

花巻市長 殿

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

〈本人〉

住所

氏名

代筆者氏名

続柄

〈配偶者〉

住所

氏名

代筆者氏名

続柄