

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 砂川市長 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。

ふりがな			個人番号						
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 電話（ ） -								
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	所在地	〒	電話（ ） -						
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	ふりがな			個人番号						
	氏名			生年月日	年 月 日					
	住所	〒 電話（ ） -								
	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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／ 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○を付けてください）						650万円（夫婦は1,650万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円を超え120万円以下です。（受給している年金に○を付けてください）						550万円（夫婦は1,550万円）以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○を付けてください）						500万円（夫婦は1,500万円）以下	
	預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。						
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他の (現金・負債を含む。)	※2	円		

※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 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

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

- (1) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該当 利用者負担 第 1・2・3①・3② 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 事由 <input type="checkbox"/> (本人・世帯・配偶者) 課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過
------	---	--

同 意 書

砂川市長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

年 月 日

<本 人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名