

介護保険負担限度額認定申請書												年 月 日			
(宛先) 八潮市長															
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		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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金に○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、遺児年金を含みます。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、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】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 ※通帳等の写しは別添	☐ 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															
(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、その全てを記入し、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。															

(裏面)

同 意 書

八潮市長 宛

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名