

介護保険負担限度額認定申請書

表面

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛 年 月 日
 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	印	個人番号																	
		性別		男 ・ 女															
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生																		
住 所	〒 -		電話番号 () -																
介護保険施設の有在 地及び名称 (※)	〒 -		電話番号 () -																
入所（院）年月日 (※)	平成 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			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生														
	氏 名																		
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる → 〒 -																	
	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																	
	<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※・障害年金】収入額の合計額が合計80万円以下です。 (受給している年金を教えてください) ※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														受給している 全ての保険者に ○してください			
	<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※・障害年金】収入額の合計額が合計80万円を超えます。 (受給している年金を教えてください)														日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
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が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し、明細のとおり																	
	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 ※内容を記入してください											

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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (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。

裏面に続く

同意書

美濃加茂市長 伊藤 誠一 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構いません。

年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印

(市記入欄)

本人の状況	・生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・高齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・市町村民税 <input type="checkbox"/> 世帯非課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税
配偶者の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（市町村民税非課税） <input type="checkbox"/> 有（市町村民税課税）
預貯金等	<input type="checkbox"/> 1,000万円（夫婦で2,000万円）以下 <input type="checkbox"/> 1,000万円（夫婦で2,000万円）超え
適否	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4以上
認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

決 裁 欄	起案	平成	年	月	日	課長	係長	係員	担当者
	決裁	平成	年	月	日				
	施行	平成	年	月	日				