

受 付

表面

受付者

## 介護保険負担限度額認定申請書

(新規・更新)

太田市長様

令和 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		保険者番号	1	0	2	0	5	3
被保険者氏名		被保険者番号						
		個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女					
住 所	〒	電話番号	( )					
利用(予定)している介護保険施設(ショートステイを含む)		市外施設を利用している場合	電話番号					
利用(予定)年月日			年 月 日から					

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 年 月 日	個人番号					
	住 所	〒	電話番号					( )
	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"/>	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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。) ※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。						
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。)						
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・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〇して下さい。)						

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	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 ※申請者が本人の場合は、家族について記入してください。 <input type="checkbox"/> 被保険者以外	連絡先	
氏 名		本人との関係	
住 所			

## 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、内縁関係等の者も含みます。
- 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。
- 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。

市記入欄	滞納	有 ・ 無	認定区分	第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階	申請区分	新規更新転居生保開始・廃止
	交付年月日	年 月 日		本人課税状況 課税 ・ 非課税		
	適用年月日	年 月 日				

# 裏面

## 同意書

太田市長 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、年金保険者及び銀行、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、太田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

(自署) 氏名

<配偶者>

住所

(自署) 氏名