

受付

表面

受付者

介護保険負担限度額認定申請書

太田市長様

(新規・更新)

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	☐	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80.9万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。) ※令和6年度は年額80万円 ※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80.9万円を超え120万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。) ※令和6年度は年額80万円								
	☐	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○して下さい。)								
預貯金等に関する申告	☐	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	☐ 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。 ☐ 被保険者以外	
氏名	連絡先	
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、内縁関係等の者も含みます。

(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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(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。

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 本人課税状況 課税・非課税	申請区分	新規 更新 転居 生保 開始・廃止
	交付年月日	年 月 日				
	適用年月日	年 月 日				

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