

介護保険負担限度額認定申請書

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。

申請者氏名		電話(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所	(〒 -)	本人との関係

本人に関する事項

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		個人番号							
		性別	男 ・ 女						
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日								
住所	(〒 -)								
介護保険施設の所在地及び名称(※)	電話								
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。						
1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ								

配偶者に関する事項

フリガナ		個人番号							
配偶者氏名	<input type="checkbox"/> 配偶者なし	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日						
		市民税課税状況	課税 ・ 非課税						
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (〒 -)								
1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ								

収入及び資産等に関する事項

世帯の市民税課税状況 (該当するものに○をつけてください。)	課税者あり ・ 非課税者のみ	本人の非課税年金受給の有無 (該当するものに○をつけてください。)	有 (遺族等※ / 障害) ・ 無		
チェック欄	本人の課税年金及び非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額		本人又は夫婦の資産(預貯金等)の合計額		
			1号被保険者		2号被保険者
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者	かつ	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
<input type="checkbox"/>	年額80万円以下	かつ	650万円(夫婦は1,650万円)以下		
<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下	かつ	550万円(夫婦は1,550万円)以下		
<input type="checkbox"/>	年額120万円超	かつ	500万円(夫婦は1,500万円)以下		
預貯金額 (定期預金含む)	円	有価証券	円	現金・負債 その他	円

※遺族年金には、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。

※上記に記載した資産の金額については、裏面の各項目の合計と同額になるように記載してください。

裏面も記入してください

天 童 市 記 入 欄	段階: 1 ・ 2 ・ 3-1 ・ 3-2 ・ 4	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続	決定日 年 月 日
	・収入等() ・非課税年金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(遺族・障害) ・資産要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当(超過)		
	市民税課税状況	・生活保護 <input type="checkbox"/> 有() ・特例減額措置 <input type="checkbox"/> 有	・境界層 <input type="checkbox"/> 有() ・送付先指定 <input type="checkbox"/> 有
	・被保険者本人 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 ・世帯員 無・有(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税) ・配偶者 無・有(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税)	・金融機関照会 <input type="checkbox"/> 有 ・非課税年金照会 <input type="checkbox"/> 有	備考

資産(預貯金等)の内訳

種類	氏名(口座名義)	金融機関名	種別	預貯金額
預貯金 (定期預金等を含む)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行・信金 農協・信組	普通・定期	円
有価証券等 (株式・公社債・出資 ・投資信託等)	氏名(口座名義)	種類		金額
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類		金額
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者			円

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、複数の口座を保有している場合、そのすべてを記入してください。
- (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。

同意書

(宛先)天童市長

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、旧住所地の情報を踏まえて、報告を求めることに同意します。その際には、私及び私の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。また、私のマイナンバーを市が確認することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名