

介護保険負担限度額認定申請書

黒石市長様

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
生 年 月 日	大・昭 年 月 日																			
住 所																				電話番号
介護保険施設の 所在地及び名称(※)																				電話番号
入所(院)年月日※	年 月 日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。																	

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	大・昭・平 年 月 日		個人番号																
	住 所																			
	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 ※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。		☐	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。																	
		☐	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。																	
		☐	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。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添		☐	預貯金、有価証券等の合計金額が②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 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 1,000 万円(夫婦は 2,000 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											

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	電話番号
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。

同 意 書

黒石市長 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、黒石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