

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	明・大・昭	年		月		日	生												
住所	〒																		
	電話番号																		
介護保険施設の 所在地および名称（※）	〒																		
	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	明・大・昭・平	年		月		日	個人番号											
	住所	連絡先																	
	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 <small>※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。</small>	<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。																	
	<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。																	
	<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。																	
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	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、下記について記載不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所 〒	本人との関係

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又は内縁関係の者を含みます。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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