

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 加賀市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
			生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住所	〒 ー												
	電話												
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ー												
	電話												
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 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。										

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」については記入不要です。									
配偶者に関する事項	世帯	住民登録上	同一世帯 ・ 別世帯(市内在住) ・ 別世帯(市外在住)										
	フリガナ			被保険者番号									
	氏名			個人番号									
				生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
				市民税課税状況	課税 ・ 非課税								
	現住所	〒 ー											
	電話												
本年1月1日現在の住所(※)	※現住所と異なる場合にご記入下さい。												

収入等に関する申告 ↓〇をつけてください。 (非課税年金の有無(有・無)有の場合(遺族・障害)年金保険者())	☐	生活保護受給者／市民税非課税である老齢福祉年金受給者であり、預貯金、有価証券等の金額が合計 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円) 以下です。								
	☐	市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非課税年金(遺族年金※・障害年金)収入額の合計額が年額 80.9 万円以下(※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)であり、預貯金、有価証券等の金額が合計 650 万円(夫婦は 1,650 万円) 以下です。								
	☐	市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非課税年金(遺族年金※・障害年金)収入額の合計額が年額 80.9 万円超 120 万円以下であり、預貯金、有価証券等の金額が合計 550 万円(夫婦は 1,550 万円) 以下です。								
	☐	市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非課税年金(遺族年金※・障害年金)収入額の合計額が年額 120 万円を超え、預貯金、有価証券等の金額が合計 500 万円(夫婦は 1,500 万円) 以下です。								
預貯金等に関する申告	預貯金額(定期等含)	円		有価証券(評価概算額)	円		その他(現金・負債を含む)	円		※内容()

同意書	
介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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、貴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。 令和 年 月 日 <本人> _____ <配偶者> _____	

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			本人との関係
申請者住所	〒 ー		連絡先(自宅・勤務先)

- 注意事項 (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、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。
- (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

交付年月日	適用期間	有効期間	所得分布の状況を記入
年 月 日	年 月 日	年 月 日	