

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	〒 —	電話	
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 —	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
	現住所	〒 —	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。		
市民税課税状況		課 税 ・ 非課税		

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)	<input type="checkbox"/>	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。
	<input type="checkbox"/>	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82.65万円以下(※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。
	<input type="checkbox"/>	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82.65万円超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。
	<input type="checkbox"/>	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	〒 —	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	