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
		性別	男・女
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
			市民税課税状況　課税・非課税
	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。	

収入等に関する申告 ↓○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）	※内容（　　） 円

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　⑴　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。
⑵　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。
⑶　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	

R3.8.1～