

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

淡路市長 様

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をします。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住 所	〒 連絡先		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先		
入所(院)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」については記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	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	☐	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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。				
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）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

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
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所有している場合は、そのすべてを記入し、**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。

※ 裏面に「同意書」がありますので、必要事項を記入・押印してください。

同意書

淡路市長 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、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ること、及び淡路市が介護保険負担限度額認定内容を契約する介護サービス事業所に情報提供することについて、併せて同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定に係る決定通知書の送付先

- ☐ 被保険者の住所（介護保険関係書類送付先登録がある場合は、登録住所）
- ☐ 被保険者が入所されている施設
- ☐ その他（〒 ）