

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

新規・更新

令和 年 月 日

庄原市長 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	性	別												男・女
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(※)	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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と【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。(受給している年金に○してください) *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															受給している全ての年金の保険者に○してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○してください)																	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり																
	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯電話)
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保有している場合は、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。

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

(裏面)

## 同意書

庄原市長 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。）に私及び私の配偶者（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、私及び私の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>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印