

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

坂出市長様

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			被保険者番号		
被保険者氏名			個人番号		
			生年月日		
	連絡先				
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 （※）	年	月	日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合およ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	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				預貯金等 ※2	
<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者			要件なし	
<input type="checkbox"/>	② 老齢福祉年金を受給している、世帯全員 ※1 が住民税非課税のかた			<input type="checkbox"/> 単身で1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 夫婦で2,000万円以下	
<input type="checkbox"/>	③ 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で82.65万円以下のかた			<input type="checkbox"/> 単身で 650万円以下 <input type="checkbox"/> 夫婦で1,650万円以下	
<input type="checkbox"/>	④ 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で82.65万円超120万円以下のかた			<input type="checkbox"/> 単身で 550万円以下 <input type="checkbox"/> 夫婦で1,550万円以下	
<input type="checkbox"/>	⑤ 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で120万円超のかた			<input type="checkbox"/> 単身で 500万円以下 <input type="checkbox"/> 夫婦で1,500万円以下	
預貯金等に関する申告	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）
				（ ）※3 円	

※1 世帯分離している配偶者も含みます。

※2 夫婦世帯では1,000万円が配偶者の上乗せ分となります。

第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。

※3 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・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また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、余白に記入するかまた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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

坂出市長 殿

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。

年 月 日

〈本人〉

住 所

氏 名 ※

〈配偶者〉

住 所

氏 名 ※

※署名（氏名を自署）できない場合は、記名押印が必要です。（シャチハタ印不可）