

介護保険負担限度額認定申請書(令和 年度分)

年 月 日

逗 子 市 長

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		性 別																		
住 所	電話																			
入所した介護保険施設の所在地及び名称	電話																			
入所年月日		介護保険施設に入所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		無の場合は、「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		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	住 所	電話																		
	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	65歳以上の方	☐	生活保護受給者 又は 市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 →かつ、預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です																
		☐	市町村民税非課税世帯であって 課税年金収入額+【遺族年金等※・障害年金】の収入額+その他の合計所得金額=80.9万円以下 →かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です																
		☐	市町村民税非課税世帯であって 課税年金収入額+【遺族年金等※・障害年金】の収入額+その他の合計所得金額=80.9万円超120万円以下 →かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です																
		☐	市町村民税非課税世帯であって 課税年金収入額+【遺族年金等※・障害年金】の収入額+その他の合計所得金額=120万円超 →かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です																
	65歳未満の方	☐	市町村民税非課税世帯であって →預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です																
預貯金等に関する申告	①預貯金額	円				②有価証券	円				③その他	円							

※申請者が被保険者本人の場合には、申請者欄について記載不要です。

申請者	氏名	電話																
	住所	本人との関係																

- (1) 裏面に「預貯金等に関する申告」内容を記載してください。
- (2) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費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。

預貯金等に関する申告の詳細

①預貯金額(通帳、インターネットバンクの口座番号及び最終残高の写し)

名義人	金融機関等名称	店舗名(支店名)	金額(円)
合計			

②有価証券(銀行、証券会社等の取引明細、口座残高の写し)

名義人	金融機関等名称	店舗名(支店名)	金額(円)
合計			

③その他(現金：タンス預金など含む、借入金：残高証明など)

名義人	内容	金融機関等名称	店舗名(支店名)	金額(円)
合計				

同 意 書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

<本人> 住所

氏名

<配偶者> 住所

氏名