

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

京丹後市長 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。

3 年度

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(※)	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	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				預貯金等が 単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下					
	<input type="checkbox"/> 市町村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【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○をしてください)				預貯金等が 単身: 650 万円以下 夫婦:1,650 万円以下					
	<input type="checkbox"/> 市町村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【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円超、120 万円以下です。(受給している年金に○をしてください)				預貯金等が 単身: 550 万円以下 夫婦:1,550 万円以下					
	<input type="checkbox"/> 市町村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【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。(受給している年金に○をしてください)				預貯金等が 単身: 500 万円以下 夫婦:1,500 万円以下					
※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。										
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上記で選択した基準額以下(二重線枠内)です。(65歳未満の方は、上記の基準額にかかわらず、1,000万円(夫婦は合計2,000万円)以下です。) ※預貯金、有価証券にかか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)			
申請者住所					本人との関係			

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

※裏面の同意書にも記入してください。

(裏)

同意書

京丹後市長 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、京丹後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

<配偶者>

住所

氏名

