

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

熱海市長 あて

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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の場合は記入不要です。)		氏名	連絡先		本人との関係	
		住所				
被保険者氏名			保険者番号			
フリガナ			2 2 2 0 5 9			
印			被保険者番号			
			2 0 5 0			
			個人番号			
生年月日		年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所		〒		電話番号 ( ) -		
介護保険施設等の名称及び所在地						
入所(院)年月日(※)		年 月 日	※介護保険施設に入所(院)しない場合やショートステイ利用の場合には記入は不要です。			
配偶者に関する事項	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、記入は不要です。			
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	〒		電話番号 ( ) -		
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる 場合に記載) 〒				
	課税状況	【市民税】 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、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下です。 (受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください)			受給している全ての年金の保険者に○をしてください。	
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下です。 (受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください)			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、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超です。 (受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください)				
本人の非課税年金受給状況	受給している非課税年金に○をしてください。 1. 遺族年金(寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む) 2. 障害年金 3. 受給無					
預貯金等に関する申告 ※内容を記載	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

市記入欄

交付年月日	備考					
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			利用者負担額	1・2・3①・3②・4	
適用年月日	1 生活保護受給	有 ・ 無	5 配偶者課税状況	課税 ・ 非課税		
年 月 日から	2 老福年金受給	有 ・ 無	6 預貯金	有 ・ 無		
	3 遺族・障害年金受給	有 ・ 無	7 給付額減額状況	有 ・ 無		
	4 世帯課税状況	課税 ・ 非課税				
有効期限	受付	入力	確認	備考		
年 月 日まで						

【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事実婚の者を含みます。
- (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、その全てを記入し、預貯金の写しを添付してください。（通帳の表紙・定期預金のページ・申請日の直近2箇月の記載があるページ・最終残高の確認できるページを揃えて、本人と配偶者の分を添付してください。）
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入の上で添付してください。
- (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。

同意書

熱海市長 あて

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 :

印

《配偶者》

住所 :

氏名 :

印