

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

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。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生 年 月 日		年 月 日																	
住 所	電話番号																			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	電話番号																			
入所（院）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		配偶者の有無が「無」の場合、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	電話番号																		
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	電話番号																		
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																	
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 82.65 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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。																	
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。																	
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 120 万円を超えます。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写し は別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※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。																	
	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、以下の記載は不要です。

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

- (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、その全てを記入し、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。

同意書

熱海市長 あて

介護保険負担限度額認定のため、必要があるときは、官公署、年金保険者、銀行、信託その他の関係機関（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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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

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)			
	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				