

介護保険負担限度額認定申請書

瀬戸内市長 あて 年 月 日
 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	0	0	0	0				
被保険者氏名	個人番号								
	性別	男 ・ 女							
	生年月日	大・昭		年		月		日	
住所	瀬戸内市 連絡先								
入所(院)した介護保険施設の名称(※)	入所(院)年月日	年		月		日			
	※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	※配偶者が亡くなっている場合は、「無」に○をしてください。 ※「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			個人番号		
	氏名			生年月日	大・昭 年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	〒 連絡先			
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	

収入等に関する申告	預貯金等に関する申告
生活保護受給者／老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税者	単身：1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 夫婦：2,000万円以下 <input type="checkbox"/>
世帯全員が市民税非課税者であつて、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の合計額が	年額80万円以下 <input type="checkbox"/>
	年額80万円超 120万円以下 <input type="checkbox"/>
	年額120万円超 <input type="checkbox"/>
	第2号被保険者(40～64歳の人) 年額 <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 120万円超 <input type="checkbox"/>

○預貯金、有価証券等の金額の内訳					
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)	() ※ ※内容を記入してください。 円

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	

裏面もご記入ください。

同意書

瀬戸内市長 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。）に私および私の配偶者（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

瀬戸内市

氏名

<配偶者>

住所

瀬戸内市

氏名

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) 収入等の申告にかかる遺族年金は寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- (3) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 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。