

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

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	年 月 日																	
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市民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	☐	③市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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 82.65 万円以下</u> 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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 82.65 万円を超え、120 万円以下</u> です。				
	☐	⑤市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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円を超えます</u> 。				
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 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 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 1000 万円(夫婦は 2000 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	() ※ 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は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	本人との関係
申請者住所 〒	連絡先(自宅・携帯)

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所持している場合は、そのすべてを記入し、通帳等（写しでも可）を提出してください。
- (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

近江八幡市長 宛

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、近江八幡市長の報告の求めに対し、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

署名又は記名・押印

〈配偶者〉

住所

氏名

署名又は記名・押印