

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

揖斐広域連合長 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。

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(※)	昭・平・令	年	月	日	<small>(※)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。</small>			

配偶者の有無	有 ・ 無		<small>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。</small>					
配偶者に関する事項	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	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"/>	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	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい。  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"/>	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80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※ 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。	
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦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。 <small>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②～⑤の方は1000万円(夫婦2000万円)以下です。</small>	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 <small>※内容を記入して下さい</small>
---	---	--------------	---------------------	-----------------------	---

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**

- (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、そのすべてを記入し、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。

※各町記入欄(ここは記入しないでください)	<input type="checkbox"/>	非課税年金	<input type="checkbox"/>	世帯の税情報 有 ・ 無	<input type="checkbox"/>	確認者
	<input type="checkbox"/>	年金保険者	<input type="checkbox"/>	無の場合、住民税申告 未 ・ 済		

(裏面に続きます)

## 同 意 書

揖斐広域連合長 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、揖斐広域連合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

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

住所

氏名

( )

保険者処理欄 (ここは記入しないでください)

本人世帯	非課税 ・ 課税	結 果	認定 ・ 却下
配偶者	非課税 ・ 課税	利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② 段階
判定基準額	円	認定情報	第1 ・ 2号 要介護 ( )