

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

越前市長 殿

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 (申請者)		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 ※生活保護受給者、境界層該当者は記載不要です。			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		個人番号 ()				
	生年月日		年 月 日				
	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)		市民税課税状況		課税 ・ 非課税		
収入等に関する 申告 (本人)	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<input type="checkbox"/>	③市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年、遺児年金を含みます。以下同じ。					
	<input type="checkbox"/>	④市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。					
	<input type="checkbox"/>	⑤市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。					
預貯金等に関する 申告 ※生活保護受給者、境界層該当者は 記載不要です。	<input type="checkbox"/>	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	本人 円	有価証券 (評価概算額)	本人 円	その他(現金・負債を 含む)	内容() 本人 円	配偶者 円

下記について、原則記載は不要です。申請者が後見人の場合には記載してください。

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。

越前市 記入欄	本人確認(免許証・保険証・その他)、個人番号確認(カード等・住基台帳)				第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②	
	交付 年月日	年 月 日	適用 年月日	年 月 日	有効期限	年7月31日

同意書

越前市長 殿

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、報告を求めらるることに同意します。

また、越前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

（自署するときは、押印不要です。）

<配偶者>

住所

氏名

印

（自署するときは、押印不要です。）