

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

鳥取県境港市長 様

裏面の同意書にも必ず記入をお願いします

次のとおり関係書類を添えて、食費・居

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		日生	性別													男・女
住所	〒																			
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(※)	平・令	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。													

入所している場合に記入

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。																
フリガナ																				
氏名																				
生年月日	明・大・昭・平	年		月		日														
住所	配偶者がいる場合に記入																			
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	連絡先																			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

配偶者がいる場合に記入

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																		
	<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○して下さい。以下同じ。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、	該当箇所にチェック																	
	<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 ※通帳等の写しは別添	<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	通帳残高の合計、有価証券の額、現金等の額を記入																	
		預貯金額	円	(評価概算額)	円	(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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	窓口で申請する方について記入																	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所																		本人との関係

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

本人・配偶者の住所氏名を記入

<配偶者>

住所

氏名