

【令和4年度】

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

桜井市長 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		個人番号												
生年月日	明大昭 年 月 日													
住所	〒													
	電話番号													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒													
	電話番号													
入所(院)年月日(※)	年 月 日		※介護保険施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。											
配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について、記入してください。											
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号											
	氏名		課税状況	市民税 課税 ・ 非課税										
			生年月日	明大昭 年 月 日										
	住所	〒												
	電話番号													
本年1月1日現在の住所														
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者または市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者											受給年金保険者	
	<input type="checkbox"/>	②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】収入額、その他の合計所得の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○をしてください）※ 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。											<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 ※ 複数選択可	
	<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】収入額、その他の合計所得の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。												
	<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】収入額、その他の合計所得の合計額が年額120万円を超えます。												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下、②の方は650万円(夫婦は1650万円)、③のかたは550万円(夫婦は1550万円)、④の方は500万円(夫婦は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、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。												
	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								
申請者氏名												電話番号		
申請者住所												本人との関係		

注意事項 ※同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入し、すべての写しを添付してください。

※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。

※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、支給された額の返還及び最大2倍の加算金を徴収することがあります。

市記入欄

交付年月日	所得状況	生活保護 有 ・ 無	老齢福祉年金 有 ・ 無		
年 月 日	世帯課税状況	課税年金収入+(非課税年金収入)		第1段階	
適用年月日	無	+		第2段階	
年 月 日				合計 [ ]	第3—①段階
有効年月日					第3—②段階
年 月 日	有 氏名 ( )			非該当	

## 同意書

桜井市長 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 \_\_\_\_\_

< 配偶者 >

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※ **虚偽の申告**により不正に特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定者への食費や部屋代の給付を言う。）等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額の**返還及び最大で2倍の加算金を徴収**することがあります。

代筆者

住 所

氏 名