

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（宛先）入間市長

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	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、「配偶者に関する事項」については、記入不要です。																		
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	電話番号																			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）																				
	市町村民税課税状況	課税・非課税																			

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。																	受給している全ての年金の保険者に○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"/>	市町村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。（受給している年金に○して下さい） ※ 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"/>	市町村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80万円を超えます。（受給している年金に○して下さい）																		
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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。※ 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは、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										

※ 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、下記について記入不要です。

申請者氏名		電話番号（自宅・携帯・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及び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、その全てを記入し、通帳等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、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

(宛先) 入間市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、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、有価証券等について、報告を求めることに同意します。

また、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。

年 月 日

本人住所

氏名

⑩

配偶者住所

氏名

⑩