

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

朝霞市長 宛

年 月 日

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	〒 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		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	〒 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	☐ 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			
	☐ 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82.65万円以下です。（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、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			
	☐ 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82.65万円を超え、120万円以下です。			
	☐ 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	☐ 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号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	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) ※内容を記入して下さい

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	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。

同意書

朝霞市長 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。

年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

【配偶者】

住 所

氏 名

市処理欄

添付書類 ☐ 同意書 ☐ 通帳等の写し				
給付制限 有 ・ 無 期間（ ～ ）		生保受給 有 ・ 無 期間（ ～ ）		老福受給 有 ・ 無
本人 課税 ・ 非課税 配偶者 課税 ・ 非課税 （ ）人世帯 課税・非課税	預貯金等額			円
	課税年金収入額			円
	その他の合計所得金額			円
	非課税年金収入額			円
☐ 該当 第 段階 ☐ 非該当				
有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）				
発行	入力	確認		受付