

介護保険負担限度額認定申請書

※裏面も記入してください

令和 年 月 日

菊池市長様

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				
被保険者名			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	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 ※	名称			所在地	〒		
	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、記載不要です。」						
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	〒						
	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	<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	預貯金等額が 1,000万円以下 (夫婦は 2,000万円以下)				
	<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〇して下さい)	預貯金等額が 650万円以下 (夫婦は 1,650万円以下)				
	<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80万円超120万円以下 です。(受給している年金に〇して下さい)	預貯金等額が 550万円以下 (夫婦は 1,550万円以下)				
	<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120万円を超え ます。(受給している年金に〇して下さい)	預貯金等額が 500万円以下 (夫婦は 1,500万円以下)				
預貯金等に関する申告	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	連絡先電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係（続柄）

<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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳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

菊池市長様

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

代理権確認	確認 ✓	身元確認	確認 ✓	返却サイン	番号確認	確認○	返却サイン
委任状		番号カード			番号カード	写し/原	
官公所発行証		運転免許証			通知カード	写し/原	
介・負・健・年		官公所発行証(写真付)			住民票	写し/原	
(法定代理人)		2点提示					