

# 介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 砂川市長 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							
被保険者氏名	Ⓜ		番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
住所	〒		電話 ( ) -							
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	所在地	〒		電話 ( ) -						
	名称									
入所（院）年月日（※）	昭・平	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			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名						
	住所	〒		電話 ( ) -			
	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					
	<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の合計額が年額 80 万円以下です。					
	<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の合計額が年額 80 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 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

※種類と金額を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

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) 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てください。
- (2) 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。
- (3) 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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該当 利用者負担 第 1・2・3 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 事由 <input type="checkbox"/> (本人・世帯・配偶者) 課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過
------	---	--

同 意 書

砂川市長                      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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成        年        月        日

<本 人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印