

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

春日部市長 あて

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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒 _____ 電話番号 () _____									
介護保険施設の所在地及び名称(※1)	〒 _____ 電話番号 () _____									
入所(院)年月日(※1)	年	月	日	(※1) 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				
	氏名						明・大・昭 年 月 日生				
	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)	〒 _____									
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告(※2)	1	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										
	2	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○をつけてください) ※ 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。										受給している全ての年金の保険者に○をつけてください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	3	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○をつけてください) ※ 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。										

※2 該当する番号に○をつけてください。

窓口に来た人(本人の場合は記入不要)	住所	〒 _____ 電話番号 () _____									
	氏名	被保険者との関係			1 家族 2 提出代行者 3 その他 () _____						

※3 裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

市 記入欄

交付年月日	備考									
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)									
適用年月日										
年 月 日										
有効期限										
年 月 日										

(表面からの続き)

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。	
種類	氏名 (口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金			円
			円
			円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額
			円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額
			円
			円
合計			円

(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、その全てを記入してください。
- (2) 有価証券等の評価概算額は現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。
- (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うえ添付してください。
- (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項の規定により、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。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類等を添付してください。

- ・ 預貯金（普通・定期）…通帳の写し（銀行名・支店名・名義、最終残高(2か月前まで)がわかる部分)
- ・ 有価証券（株式・国債等）…証券会社や銀行の取引残高報告書の写し
- ・ 負債（借入金・住宅ローン等）…借用書や残高明細書等

同意書

春日部市長 あて

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。）の課税状況及び所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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

同意書

介護保険負担限度額認定申請の決定に当たり、対象者の世帯構成並びに下記の者の税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

フリガナ		生年月日	
氏 名		対象者との 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 <input type="checkbox"/>

フリガナ		生年月日	
氏 名		対象者との 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 <input type="checkbox"/>

フリガナ		生年月日	
氏 名		対象者との 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 <input type="checkbox"/>

フリガナ		生年月日	
氏 名		対象者との 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 <input type="checkbox"/>

フリガナ		生年月日	
氏 名		対象者との 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 <input type="checkbox"/>

※記載にあたって

- 1 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略してもかまいません。
- 2 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。