

介護保険負担限度額認定申請書

(裏面もあります)

年 月 日

(申請先)

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		0	0	0													
	個人番号																	
	生 年 月 日		大・昭 年 月 日															
住 所	市・区 町・村														電話番号			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	市・区 町・村														電話番号			
	特養・老健・医療院																	
入所（院）年月日 （※）	平・令 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		配偶者の有無が「無」の場合、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	大・昭 年 月 日				個人番号											
	住 所	☐ 被保険者住所と同じ 市・区 町・村														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・区 町・村														電話番号	
	課税状況	市町村民税 ☒ 非課税 ・ ☒ 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。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 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 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 1,000 万円（夫婦は 2,000 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）	（ ）※ 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）															
申請者住所 〒 市・区 町・村	本人との関係 家族・提出代行者・その他（ ）															

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、その全てを記入し、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。

預貯金等に関する申告			
種類	口座名義	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
	本人・配偶者	銀行 信用金庫 農協 支店 本店	円
有価証券等	名義	種類	評価概算額
	本人・配偶者		円
その他 (負債・現金等)	名義	種類	金額
	本人・配偶者		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、名義及び最終残高（2か月前まで）がわかる部分）
 - ・有価証券（株式・国債・投資信託等）・・・証券会社や銀行の取引残高報告書など、評価額がわかる書類の写し
 - ・負債（借入金・住宅ローン等）・・・借用書、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、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 ☐申請書表面記載住所と同じ

氏 名 _____

〈配偶者〉

住 所 ☐申請書表面記載住所と同じ

氏 名 _____

代筆者氏名【 _____ 】

続柄 夫・妻・子・孫・成年後見人
子の夫・子の妻・
その他（ _____ ）