

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

尾花沢市長 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			個人番号										
生年月日	大・昭 年 月 日		性別	男・女									
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 （※）	昭・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		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、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	連絡先										
	本年1月1日現在の住居（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/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80.9万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※ 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。										
	☐	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80.9万円を超え、120万円以下（受給している年金に○して下さい）										
	☐	④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○して下さい）										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添のとおり	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が ①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（夫婦は1650万円） ③の方は550万円（夫婦は1550万円）、④の方は500万円（夫婦は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、①～④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)	()※ 円	※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

※結果の送付先： 本人・申請者・その他（送付先： ）

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

尾花沢市長 殿

介護保険負担限度額認定を申請します。

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