

負担限度額認定申請書

年 月 日

相馬市長 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				保険者番号	072090	
被保険者氏名				被保険者番号		
				個人番号		
生年月日	大正・昭和	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(※)	平成・令和	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	大正・昭和	年	月	日	個人番号
	住所	〒 連絡先 () -				
	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"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入と【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 80 万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。以下同じです。				
	<input type="checkbox"/>	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 80 万円を超え、120 万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 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、③～⑤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
申請者住所		本人との関係

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下さい。
- 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。
- 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

相馬市長 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、相馬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 _____

市 確 認 欄	受 付	備 考	承 認
<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 照合 添付書類 () 枚 送付先 自宅・施設・その他 ()		生保 有・無 老福年金 有・無 世帯 課・非 配(別) 課・非 資産 内・超	() 段階 却 下