

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（あて先）幸手市長

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			生年月日	明・大・昭 年 月 日生				性別	男・女		
被保険者氏名			被保険者番号		0	0	0	0			
			個人番号								
住 所	〒 電話（ ） —										
施設利用状況	☐ 施設入所（特養、老健、介護医療院など）（ 年 月 日から） 介護保険施設の 名 称 所在地 電話（ ） —										
	☐ ショートステイ ☐ 未 定										
配偶者について	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。							
	フリガナ			市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税						
	配偶者氏名			性別	男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
				個人番号							
	住 所	〒 電話（ ） —									
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 電話（ ） —										
収入及び預貯金等に関する申告	【該当する□にレを記入してください】			本人の非課税年金受給状況		1. 遺族年金※ 2. 障害年金 3. 受給無					
	☐ 生活保護受給者					※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む					
	☐ 世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者										
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。										
	☐ 世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額※1と年金収入額※2の合計が 82.65 万円以下の方										
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下です。										
	☐ 世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額※1と年金収入額※2の合計が 82.65 万円超 120 万円以下の方										
☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下です。											
☐ 世帯全員が市町村民税非課税で、前年の合計所得金額※1と年金収入額※2の合計が 120 万円超の方											
☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 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				

※1 「収入」から「必要経費など」を控除し、さらに「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」及び「年金収入に係る所得」を控除した額です。

※2 非課税年金（障害年金、遺族年金）を含みます。

申請者が被保険者本人の場合には、下記の欄の記入は不要です。

申請者氏名		日中の連絡先	
申請者住所		本人との関係	

- 【注意事項】
- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。
- (2) 預貯金等については、口座を複数所有している場合は、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) 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

（あて先）幸手市長

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、幸手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