

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

佐久市長様

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<br>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 |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 住所                                   | 電話番号                               |  |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 電話番号                               |  |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日<br>(※)                      |                                    |  | (※)介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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                               |                                    |  | 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」<br>について記載不要です。  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 配偶者<br>に関する<br>事項                    | フリガナ                               |  |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | 氏名                                 |  |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | 生年月日                               |  |  | 個人番号      |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | 住所                                 | 電話番号   |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と<br>異なる場合) | 電話番号   |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 課税状況                                 | 市町村民税                              | 課税   | ・  | 非課税       |                       |     |        |               |  |  |  |  |
| 収入等に<br>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老齢福祉年金受給者   |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/>           | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額80.9万円以下です。<br>(受給している年金に○してください)<br>※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。 |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | <input type="checkbox"/>           | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額80.9万円を超える、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、<br>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<br>年額120万円を超える。  |  |           |                       |     |        |               |  |  |  |  |
|                                      | 預貯金等に<br>する申告<br>※通帳等の写し<br>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1,000万円（夫婦は2,000万円）、<br>③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、<br>⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。<br>※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<br>(評価概算額)  | 円         | その他<br>(現金・負債を<br>含む) | ( ) | ※<br>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<br>〒 | 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。

# 同意書

佐久市長 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、佐久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