介護保険負担限度額認定申請書

佐久市長様

令和 年 月 日

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	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号		
入所(院)年月日(※)	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(注1)	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	明・大・昭・平 年 月 日	個人番号
	住所	〒 電話番号	
	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	☐	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(注2)・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。		
	☐	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(注2)・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。		
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(注2)・障害年金】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(注3)	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦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 ※内容を記入してください

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

注意事項(注)

- 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。
- 遺族年金に関しては、寡婦年金等の遺族年金にあたいする非課税年金も含みます。
- 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ください。また、配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等の写しも必要です。
- 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、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