

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名 続柄（ ）

電話・FAX番号（ ）

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	T・S		年		月		日																						
住所	〒																												
連絡先	電話・FAX番号										（ ）																		
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（※）	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										生年月日		T・S		年		月		日										
	氏名										個人番号																		
	住所																												
	連絡先										電話・FAX番号（ ）																		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）										市町村民税の課税状況					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、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80万円以下 です。（受給している年金に○をして下さい。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。																												
	<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 1,000万円 （夫婦は 2,000万円 ）、③の方は 650万円 （同 1,650万円 ）、④の方は 550万円 （同 1,550万円 ）、⑤の方は 500万円 （同 1,500万円 ）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 1,000万円 （夫婦は 2,000万円 ）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			

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) 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。

裏面に続く

同意書

草加市長 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、照会することに同意します。

また、草加市長の照会に対し、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。

必須

令和 年 月 日

<本人（被保険者）>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

本人 ・ 配偶者 が、身体の状況等により署名できないため、本人 ・ 配偶者 の意思を確認の上、私が 本人 ・ 配偶者 に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名

続柄