

年度 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 七尾市長

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。

被保険者記入事項	フリガナ			被保険者番号				
	被保険者氏名			個人番号				
	生年月日	年	月		日			
	住所	〒 連絡先 ()						
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 <small>※ショートステイの利用など、介護保険施設に入所していない場合は、記入不要です。</small>	所在地						
	名称							
	入所年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/>	前回負担限度額認定を受けた時から介護保険施設に継続して入所中です。		

配偶者に関する事項	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」は記載不要です。						
	フリガナ				市町村民税の課税状況				
	配偶者氏名				課税 ・ 非課税				
	生年月日	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は記載してください。)							

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者						
	<input type="checkbox"/>	②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※・障害年金】収入額の合計額が年額 80万円以下 です。 <small>(受給している年金に○してください。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。</small>						
	<input type="checkbox"/>	③-1 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・障害年金】収入額の合計額が年額 80万円超、120万円以下 です。						
	<input type="checkbox"/>	③-2 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・障害年金】収入額の合計額が年額 120万円を超え ます。						
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の場合又は、第2号被保険者の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の場合は650万円(夫婦は1,650万円)、③-1の場合は550万円(夫婦は1,550万円)、③-2の場合は500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり						
	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 <small>※内容を記入してください。</small>	

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

申請者氏名			被保険者との続柄	
申請者住所	〒 連絡先 ()			

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) 書き切れない場合には、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。

【市町村記入欄】

なし

裏面もあります

被保険者段階	配偶者の市・県民税	預貯金等	結果	確認
1・2・3-1・3-2・4	課税・非課税	基準以下・基準以上	支給 () 段階・不支給	

同意書

(あて先) 七尾市長

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、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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<被保険者>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名
