

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号 (マイナンバー)																		
生年月日	年 月 日																			
住所	郵便番号	電話番号																		
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	郵便番号	電話番号																		
入所(院)年月日 (※)	年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(院)し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	(「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。 ※ 配偶者は世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者も含まれます。																		
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日	年	月	日															
	氏名	個人番号 (マイナンバー)																		
	住所	課税状況	住民税	課税	・	非課税														
	本年1月1日の住所(現住所と異なる場合)	電話番号																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税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【遺族年金※・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 万円以下 です。(受給している年金に〇して下さい。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"/>	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【遺族年金・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 万円を超え、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【遺族年金・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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、②の方は 650 万円(同 1,650 万円)、③-1の方は 550 万円(同 1,550 万円)、③-2の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下です。 ※ 第2号被保険者(65歳未満の人)の場合、②~③-2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												

預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。(直近2ヵ月間のもの)

※内容を記入してください

裏面もあります

酒 田 市 長 宛

表面のとおり食費・居住費に係る介護保険負担限度額認定の申請をします。

なお、決定に際し必要がある時は、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の課税状況、保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求める事に同意します。

また、酒田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。

年 月 日

〈本人〉 住所

氏名

〈配偶者〉 住所

氏名

注意事項

- (1) 預貯金等は、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、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。
- (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。

酒田市記入欄

交付年月日	備 考				
年 月 日	(利用者負担段階分布の状況等を記入)				
適用年月日	1	2	3-1	3-2	4
年 月 日 から	非課税				
有効期限	課 税 世 帯 ・ 本 人 ・ 配 偶 者				
年 月 日 まで	預貯金等 基準額以上 あり ・ なし				
	送付先				