

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 湖西市長

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。

フリガナ			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
			性 別	男 ・ 女															
生年月日	年 月 日																		
住 所	〒 TEL																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称（※）	〒 TEL																		
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、記入不要です。																
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	年	月	日	個人番号														
	住所	〒 TEL																	
	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市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	③市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 82.65 万円以下です。(受給している年金に○をしてください。) ※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。				
	☐	④市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 82.65 万円を超え、120 万円以下です。(受給している年金に○をしてください。)				
	☐	⑤市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。(受給している年金に○をしてください。)				
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり	☐	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 円	有価証券 (評価概算額) 円	その他 (現金・負債を含む) 円	() ※ 円		

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入不要です。

申請者氏名	TEL	
申請者住所 〒	本人との関係	

裏面も記入してください。

注意事項

- (1) この申請における「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。(通帳の表紙・定期預金のページ・申請日直近2か月の記載があるページ・最終残高が確認できるページを添えて、本人と配偶者分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

湖西市長 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、信託会社その他の金融機関（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、貴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

㊞

(署名又は記名押印)

<配偶者>

住 所

氏 名

㊞

(署名又は記名押印)