

介護保険負担限度額認定申請書

宋栗市長 様

【裏面も記載ください】

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		個人番号	
被保険者		被保険者番号	0 0 0
生年月日		性別	
住所	〒 電話番号		

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	明・大・昭 年 月 日
	氏名 (配偶者)	個人番号	
	住所	〒 ー □被保険者と同じ	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 ー	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者／世帯全員が市町村民税非課税で本人が老齢福祉年金受給者 ☐ 世帯全員が市町村民税非課税 非課税年金の有無 ☐ 有 ☐ 無 （「有」の場合、下記の該当する年金種別を○で囲んでください） 障害年金、遺族年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金 非課税年金収入額 円（分かる範囲で記入してください）	
	預貯金額 円 現金合計 円	有価証券（評価概算額） 円 負債合計 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		

- ※1. 届出人（窓口へ手続きされる方）と申請者が同じ場合は、届出人欄は記載不要です。
 ※2. 手続きには届出人の本人確認資料が必要です（写真有りは1点、写真が無い場合は2点）。

届出人氏名	連絡先（自宅・勤務先）
届出人住所 □被保険者と同じ	申請者との関係 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ その他（ ）

【裏面も記載ください】

注意事項

- 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や、内縁関係の者を含みます。
- 預貯金については、通帳を複数お持ちの場合は、その合計額を記入してください。
- 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認定を受けた場合には、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場合があります。
- 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって認定されることはありません。

同意書

宍粟市長 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、宍粟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。

なお、この申請の決定に際し、世帯の所得状況を市民税課税台帳により確認されること及び負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも併せて承諾します。

年 月 日

<被保険者>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

【以下、市記入欄】

届出人 本人確認	☐ 運転免許証（ _____ ）	被保険者 個人番号 確認	☐ 個人番号カード
	☐ 個人番号カード		☐ 住民票
	☐ 健康保険証（ 後期 ・ 国保 ・ 社保 _____ ）		☐ 住民基本台帳
	☐ 介護保険証		☐ 住民票記載事項証明書
	☐ その他（ _____ ）		☐ その他（ _____ ）

状態区分	#REF! #REF!		
課税状況	・非課税 ・課税（本人・配偶者・世帯員）	判定 所得	課税年金収入 _____ 円
預貯金等 合計額	_____ 円		非課税年金収入 _____ 円
			合計所得金額 _____ 円
			上記合計額 _____ 円
判定結果 判定年月日	1. 該当（第 _____ 段階） 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 非該当（事由： _____ ）		
備考欄			

課長	副課長	係長	係員	担当