

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先） 砂川市長 様

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。

ふりがな			個人番号										
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女									
住 所	〒		電話（ ） —										
入所（院）した 介護保険施設の所 在地及び名称（※）	所在地	〒		電話（ ） —									
	名 称												
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	ふりがな			個人番号										
	氏 名			生年月日	年 月 日									
	住 所	〒		電話（ ） —										
	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／ 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下	
	☐	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※1・障害年金】収入額の 合計額が年額 82.65 万円以下です。（受給している年金に○を付けてください）					650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下	
	☐	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※1・障害年金】収入額の 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○ を付けてください）					550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下	
	☐	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※1・障害年金】収入額の 合計額が年額 120 万円を超えます。（受給している年金に○を付けてください）					500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下	
預貯金等 に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。						
	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。）	※2 円

※1 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。

※2 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	☐ 該 当 利用者負担 第 1 ・ 2 ・ 3 ① ・ 3 ② 段階	☐ 非該当 事由 ☐ （本人・世帯・配偶者）課税 ☐ 預貯金等合計額超過

同 意 書

砂川市長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてまいります。

年 月 日

<本 人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名