

介護保険負担限度額認定申請書

府中市長 様

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			保険者番号			3	4	2	0	8	9	
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日							
住所	〒											
配偶者の有無	有・無	※配偶者「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 (この申請書における「配偶者」とは、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			個人番号								
	氏名			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日				
	住所	〒	※同居の場合は、記載不要		課税状況 (市民税)	課税		非課税				
		電話：() -		本年1月1日現在の住所(市外で現住所と異なる場合)	〒		電話：() -					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）の合計額が年額80万円以下です。					預貯金等に関する申告 <input type="checkbox"/> 預貯金等の金額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。 ※2号被保険者の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。					
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）の合計額が年額80万円超120万円以下です。					預貯金等に関する申告 <input type="checkbox"/> 預貯金等の金額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。 ※2号被保険者の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。					
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）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"/> 預貯金等の金額が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。 ※2号被保険者の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。					
	<input type="checkbox"/>	生活保護者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者					預貯金等に関する申告 <input type="checkbox"/> 預貯金等の金額が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。					
預貯金などに関する申告	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)	() ※		

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

※裏面もあります。

※市記入欄

交付年月日	年 月 日	今回の結果	1. 該当	利用者負担段階	第 段階	
適用開始年月日	年 月 日		2. 非該当	事由	(本人・家族・配偶者) 課税	
有効期限	年 月 日				預貯金等合計額超過	
(備考)			3. 未申告	(本人・家族・配偶者)		

同意書

府中市長 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、府中市長の要求に対し、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

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。