

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
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 被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
			生年月日												
住所	電話番号														
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	電話番号														
入所（院）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			配偶者の有無が「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。												
配偶者に関する事項	フリガナ														
	氏名														
	生年月日				個人番号										
	住所	電話番号													
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	電話番号													
	課税状況	市町村民税													
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②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"/>	③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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○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。													
	<input type="checkbox"/>	④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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤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】の収入額、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 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	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。												
		預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円		※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	

注意事項

- (1) この申請書における「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。
- (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。

市記入欄	受付	同意 □ 配偶者 □有 □無	非課税年金 □有□無	預貯金 写し	普通預金 定期預金 冊冊	出資金 □有 □無	その他 ()	
	交付年月日		適用期間	～	承認 第 段階	非承認 □課税 □未申告	(本人・配偶者・世帯員)	□預貯金 超過

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