

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

志木市長 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。

| | | | | |
|---------------------------|-------|--|--------|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | Ⓜ | | 性別 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 | 個人番号 | |
| 住所 | 連絡先 | | | |
| 入所(院)した介護保険施設等の所在地及び名称(※) | 連絡先 | | | |
| 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 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 住所 | 連絡先 |
| | 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 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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の合計額が年額 80 万円以下です。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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の合計額が年額 80 万円を超えます。 | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | |
| | 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、下記については記入は不要です。

| | |
|-------|-------------|
| 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

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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

志木市長 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構いません。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印