

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
住所			
入所（院）した介護保険施設（※）	(所在地) (名称)	電話番号（ ）	—
入所（院）年月日（※）	昭・平・令 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	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	電話番号（ ）
	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 <input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税		

本人の非課税年金受給の有無	<input type="checkbox"/> 有（遺族年金※ / 障害年金） ・ <input type="checkbox"/> 無 ※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。	先の非課税年金「有」の場合は、受給している年金に○してください。			
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老齢福祉年金受給者	1000万円（夫婦は2000万円）以下			
	<input type="checkbox"/> 世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額（非課税年金を含む）とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下	650万円（夫婦は1650万円）以下			
	<input type="checkbox"/> 世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額（非課税年金を含む）とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下	550万円（夫婦は1550万円）以下			
	<input type="checkbox"/> 世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額（非課税年金を含む）とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える	500万円（夫婦は1500万円）以下			
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は基準額以下です。 ※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 (普通・定期等)	円	有価証券 (評価税算額)	円	その他 (現金・負債を含む)

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	電話番号（携帯・自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係
(被保険者の住所以外に送付を希望する場合のみ記載) 決定通知は{ <input type="checkbox"/> 申請者の住所/ <input type="checkbox"/> 下記住所地}に郵送を希望します。	
〒	宛名

市使用欄

段階	<input type="checkbox"/> 1段階	非該当理由	<input type="checkbox"/> 世帯課税
	<input type="checkbox"/> 2段階		<input type="checkbox"/> 本人課税
	<input type="checkbox"/> 3段階①		<input type="checkbox"/> 預貯金等の資産超過
	<input type="checkbox"/> 3段階②		<input type="checkbox"/> 同一世帯でない配偶者が課税
	<input type="checkbox"/> 境界層		<input type="checkbox"/> その他（給付制限中等）

受付印

(裏面の注意事項もよく読み、同意書も必ず記入してください)

同意書

桐生市長 あて

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、桐生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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

※本人以外が記入する場合は、代筆者の氏名・続柄を記入してください。

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、そのすべてを記入し、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。