

# 介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 湯沢市長

申請日 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。

<b>フリガナ</b>		<b>個人番号</b>	
<b>被保険者氏名</b>		<b>被保険者番号</b>	000
<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日	<b>性別</b>	男・女
<b>① 住所</b>	〒 電話		
<b>② 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称</b>	〒 ※ 電話		
<b>入所（院）年月日</b>	※ 平成・令和 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。	

<b>配偶者の有無</b>	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。
<b>配偶者に関する事項</b>	<b>フリガナ</b>	
	<b>氏名</b>	
	<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日
	<b>住所</b>	〒 電話
	<b>本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）</b>	〒
<b>課税状況</b>	市町村民税 課税 ・ 非課税	

<b>収入等に関する申告</b>	<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	受給している全ての年金の保険者にしてください。  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に0してください。） <small>※ 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。</small>			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に0してください。）			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に0してください。）			
<b>預貯金等に関する申告</b>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（夫婦は1650万円）、④の方は550万円（夫婦は1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1500万円）以下です。※2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は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

<b>送付先</b>	<input type="checkbox"/>	②の施設（施設で認定内容を確認した後に、施設から本人・家族にお渡しします。）
※①の住所以外に送付を希望する場合は記入してください。本申請のみ有効。	<input type="checkbox"/>	その他の宛て先（認定証をご指定の宛て先に送付しますので、利用する施設に提示してください。）
	<input type="checkbox"/>	住所：〒 電話番号：
	<input type="checkbox"/>	氏名：

**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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (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。

湯沢市記入欄

R3.8

<b>交付年月日</b>	令和 年 月 日	<b>備考</b>	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 1千万以下	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 配偶者 無
<b>適用年月日</b>	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 第2段階 80万以下	<input type="checkbox"/> 650万以下	世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者 非課税
<b>有効期限</b>	令和 年 7月31日		<input type="checkbox"/> 第3段階① 80万超120万以下	<input type="checkbox"/> 550万以下		
			<input type="checkbox"/> 第3段階② 120万超	<input type="checkbox"/> 500万以下	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者 課税

# 同意書

湯沢市長様

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、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