

（表）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

福生市長 宛て

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	年 月 日														
住 所															
	連絡先														
入所（院）した 介護保険施設の 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、記載不要です。												
配 偶 者 に 関 す る 事 項	フリガナ															
	氏 名															
	生 年 月 日	年 月 日		個 人 番 号												
	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	☐	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														
	☐	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 万 9 千円以下です（受給している年金に○をしてください。以下同 じ。）。 ※ 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。														
	☐	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 万 9 千円を超え、120 万円以下です。														
	☐	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	☐	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（同 1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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 1000 万円（夫婦は 2000 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
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。

(裏)

○非課税年金、預貯金等に関する申告欄（詳細）※本人及び配偶者の資産について御記入ください。

種 類	氏 名	金融機関及び支店名	預貯金額
預 貯 金			円
			円
			円
有価証券等	氏 名	種 類	評価概算額
			円
その他（負債・現金等）	氏 名	種 類	金 額
			円
非課税年金	有 ・ 無	種 類	※受給額（年額）
合計 （※受給額を除く。）			円

市記入欄 ※この欄の記入は不要です。

生活保護	有・無	年度世帯税情報	課税・非課税	非課税年金	有・無
年中収入等	円		受付年月日	年 月 日	
決定年月日	年 月 日		決定の内容	利用者負担段階 第 段階	
適用期間	年 月 日 から		発行日		
	年 月 日 まで				
却下理由	課税・配偶者・資産・その他（ ）			/	

同 意 書

福生市長 殿

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、福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。

年 月 日

<本人>
住所

氏名

<配偶者> ※配偶者「有」の場合は御記入ください。
住所

氏名

<代筆者>
住所

氏名