

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

彦根市長 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	ヒコネ タロウ	保険者番号	2	5	2	0	2	0	2	3	
被保険者氏名	彦根 太郎	被保険者番号	1	0	0	0	X	X	X	X	
		個人番号									
生年月日	昭和〇年〇月〇日										
住所	〒522-0041 彦根市 平田町670										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 (※)のついた箇所は、介護保険施設に入所(院)されている方のみご記入ください。ショートステイ利用は記入不要です。 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇										
	彦根市〇〇町123 特別養護老人ホーム〇〇〇 電話番号 - -										
入所(院)年月日(※)	令和4年6月〇日					(※)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は不要です。					
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	ヒコネ ハナコ									
	氏名	彦根 花子									
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日					個人番号				
	住所	彦根市平田町670									
	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 課税					(非課税)					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ① 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢者等受給者 <input checked="" type="checkbox"/> ② 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※】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下に同じ。) <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。以下に同じ。</small>										
	<input type="checkbox"/> ③-1 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※】収入額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/> ③-2 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※】収入額が年額120万円を超えます。										
	非課税年金を受給されている場合は、該当の年金を○で囲んでください。(受給しているか不明の場合は、空欄でご提出ください。)										
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額が基準額以下です。 ①該当者・第2号被保険者(40歳以上65歳未満)・・・1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、②該当者・・・650万円(同1,650万円)以下、③-1該当者・・・550万円(同1,550万円)以下、③-2該当者・・・500万円(同1,500万円)以下 ※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	3,000,000 円					有価証券(評価概算額)	0 円			
() ※ (現金・負債を含む) ※内容を入力してください											

申請者氏名	彦根 良子	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	彦根市平田町670	本人との関係	長女

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。
- 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。

裏面にも記入欄があります。

● 担当者記入欄(※申請者は記入しないでください)

非課税	合計所得	保護・老齢	単 1,000以下	複 2,000以下	第1
	課税年金	この項目は記入不要です。	単 650以下	複 1,650以下	第2
	非課税年金		単 550以下	複 1,550以下	第3-①
	【遺・障 / 】		単 500以下	複 1,500以下	第3-②
課税	本人・同一世帯でない配偶者・世帯員()				
給付制限(有・無) 過去申請(無・有) 第 段階 () 世帯(名) 保険料(第 段階)					

同意書

彦根市長 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、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 彦根市平田町670

氏名 彦根 太郎

ご本人の住所・氏名を記入
してください。

<配偶者>

住所 彦根市平田町670

氏名 彦根 花子

配偶者がおられる場合は、配偶者の
住所・氏名を記入してください。