

## 介護保険負担限度額認定申請書

田辺市長 宛

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                     |                        |             | 個人番号  |    |    |
| 被保険者氏名                   |                        |             | 被保険者番号  |    | 性別 |
| 生年月日                     | 大・昭・平 年 月 日            |             |   |    |    |
| 住 所                      | 〒                      |             |   |    |    |
|                          | 電話                     |             |   |    |    |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒                      |             |   |    |    |
|                          |                        |             |   |    |    |
| 入所(院)年月日(※)              | 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                   | 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                   | 大・昭・平 年 月 日 |   |    |    |
|                          | 住 所                    | 〒           |   |    |    |
|                          |                        | 電話          |   |    |    |
|                          | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |             |   | 電話 |    |
| 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と、遺族年金※・障害年金の収入額の合計額が <u>年額 80 万円以下</u> です。【遺族年金・障害年金の受給 有 ・ 無】(○印をして下さい)<br>※ 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。 |                    |   |                     |            |
|            | <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と、遺族年金※・障害年金の収入額の合計額が <u>年額 80 万円を超えます</u> 。【遺族年金・障害年金の受給 有 ・ 無】(○印をして下さい)   |                    |   |                     |            |
| 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。<br>※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<br>(評価概算額) | 円 | そ の 他<br>(現金・負債を含む) | ( ) ※<br>円 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です

※内容を記入してください

|       |             |
|-------|-------------|
| 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保有している場合は、その全てを記入し、申請日の2ヶ月以内に記載した通帳等の写し(名義・銀行名・支店名・口座等と預貯金の残高が確認できる写し)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。

※この申請により取得した個人情報、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。

(裏面もごさいます。必ずご記入下さい。)

## 同 意 書

田辺市長 宛

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銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

年 月 日

<配偶者>

住所

氏名