

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

鹿沼市長宛

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	印	個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女								
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	明・大・昭 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)	〒 (連絡先)									
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老齢福祉年金受給者									
	<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】収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に○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。									
	<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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 <small>(受給している年金に○してください)</small>									
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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは、別添(収入申告書)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)	( )※	円				

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

※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	電話番号(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所有する場合は、そのすべてを記入してください。
- 預貯金等については、別紙(収入申告書)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(予防)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。

市処理欄	決定日	適用年月日	決定段階
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

## 同意書

鹿沼市長宛

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、鹿沼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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

※本人又は配偶者が署名できない場合に代筆する場合には、それぞれの氏名の下に余白部分に代筆者の住所・氏名を署名捺印してください。