

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

鹿沼市長宛

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			被保険者番号												
被保険者氏名			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）														
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/②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"/> 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 万円以下です。 （受給している年金に○して下さい。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。													
	<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【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 万円を超え、120 万円以下です。													
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、と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 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円 <input type="checkbox"/> （同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第2号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合は、1,000 万円（夫婦は 2,000 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（自宅・携帯・勤務先）
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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

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

<配偶者>

住所

氏名

※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之余白部分に代筆者の住所・氏名を署名してください。