

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 高崎市長

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														
介護保険施設の所在地及び名称(※1)	所在地 名称													
入所(院)年月日	年 月 日		(※1) 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		無の場合、以下の配偶者に関する事項は、記載不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年 月 日									
	氏名			個人番号										
	住所	☐ 被保険者に同じ												
	本年1月1日現在の住所	☐ 上に同じ												
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

収入及び預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	1段階	☐	①生活保護受給者 / ②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 ②の場合、預貯金等の合計が1,000万円(夫婦2,000万円)以下									
	2段階	☐	③市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下 かつ預貯金等の合計が650万円(夫婦1,650万円)以下(※2)									
	3段階①	☐	④市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下 かつ預貯金等の合計が550万円(夫婦1,550万円)以下(※2)									
	3段階②	☐	⑤市町村民税非課税世帯で、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える かつ預貯金等の合計が500万円(夫婦1,500万円)以下(※2)									
	非課税年金受給の有無		有【遺族年金・障害年金】 ・ 無		(※2) 40歳以上64歳以下(第2号被保険者)の場合、1,000万円(夫婦2,000万円)以下							
	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				

申請者氏名			本人との関係							
申請者住所	連絡先									

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。

市使用欄

身分確認	済 ・ 未済		決定 ・ 却下 してよろしいか伺います。									
給付制限	無 ・ 有		段階	☐ 1段階	受付	担当	係長	課長				
交付日	令和 年 月 日			☐ 2段階								
適用開始日	令和 年 月 日			☐ 3段階①								
有効期限	令和 年 月 日			☐ 3段階②								

同 意 書

(宛先) 高崎市長

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、高崎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>

住所 _____

氏名 _____