

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 秦野市長

裏面の注意事項を全て確認し、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな			個人番号																	
被保険者氏名			被保険者番号																	
生年月日	年 月 日																			
住所																			連絡先 ()	-
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	所在地																			
	施設名																		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																			
配偶者について	世帯	住民登録上		<input type="checkbox"/> 同一世帯		<input type="checkbox"/> 別世帯(市内)		<input type="checkbox"/> 別世帯(市外)												
	ふりがな			生年月日			年 月 日													
	氏名																			
	個人番号			被保険者番号																
	住所																			連絡先 ()
本年1月1日 現在の住所																			市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
収入等に関する申告	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と遺族・障害年金収入額の合計額が以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。																			
遺族年金・障害年金に関する申告	<input type="checkbox"/> 令和4年中に遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金)を受給しました。 <input type="checkbox"/> 令和4年中に障害年金を受給しました。																			
預貯金等に関する申告	A 預貯金額 円		B 有価証券(評価概算額) 円		C その他 円															

(申請者が被保険者御本人の場合は記入不要です。)

申請者住所	連絡先(自宅・勤務先)
申請者氏名	被保険者本人との関係

裏面へ続く

市記入欄

丁	課長	課長代理	担当・確認	受付	段階	
					<input type="checkbox"/> 4	適用 . . .
					<input type="checkbox"/> 3②	認定証 . . .
					<input type="checkbox"/> 3①	起案 . . .
					<input type="checkbox"/> 2	決裁 . . .
				<input type="checkbox"/> 1	交付 . . .	

配偶者非課税確認 別紙(預貯金等)金額計算確認 同意書(同意日確認含む)

※注意事項

- (1) 預貯金等について、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、通帳等の写しを添付してください。
- (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
- (3) 虚偽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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
- (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、速やかに本市に連絡してください。
- (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

同 意 書

(宛先) 秦野市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者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、照会することに同意します。

また、照会に対し、銀行等が回答することについて、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

<被保険者本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名