

介護保険負担限度額認定申請書

伊勢原市長あて

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。

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名	-----	被保険者番号	
		性別	男 女
生年月日			
住 所	〒	連絡先	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	連絡先	
入所（院）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		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"/>	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の合計額が年額80万円以下です。			
	<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の合計額が年額80万円を超えます。			
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。 ※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 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)

申請者氏名 (被保険者)	連絡先(自宅・勤務先)
印	
申請者住所 〒	

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。

同 意 書

伊勢原市長 殿

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を銀行等に伝えて構いません。

平成 年 月 日

<本人>

住 所 :

氏 名 : 印

<配偶者>

住 所 :

氏 名 : 印

※必ず押印してください