令和　　年度 介護保険 負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

笛吹市長　様

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
住　　所	〒　　連絡先		
申請時施設区分 （番号を記入）		1.特別養護老人ホーム　2.老人保健施設　~~3.介護療養型医療施設~~ 4.地域密着型特別養護老人ホーム　5.ショートステイ　6.介護医療院	

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	□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				
	□③市町村民税非課税世帯であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が<u>年額 82.65 万円以下</u>です。　（受給している年金に〇をして下さい。以下同じ。） ※寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	□④市町村民税非課税世帯であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が<u>年額 82.65 万円を超え、120 万円以下</u>です。				
	□⑤市町村民税非課税世帯であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が<u>年額 120 万円を超え</u>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 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※第２号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1000 万円(同 2000 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・負債含)
					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
申請者住所	本人との続柄

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)　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

笛吹市長　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。

年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名