

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

輪島市長

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	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(※)															
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、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	年	月	日	個人番号											
	住所	〒														
		連絡先														
	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/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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。 (受給している年金に○をしてください。) ※ 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。												受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超えます。 (受給している年金に○をしてください。)													
<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円(夫婦は 2,000 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														
預貯金等に関する申告	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、下記について記載不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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てください。
- 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。
- 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

輪島市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、市長が官公署、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、市長が、銀行等に報告を求めることについて、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