

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 八戸市長

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	明・大・昭		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 (※)	昭・平・令		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	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市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																	
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 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 年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい、以下同じ。) ※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。																	
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 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 年額80万円を超え、120万円以下です。																	
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 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 年額120万円を超えます。																	
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は、次の額以下です。(上記の①は制限なし) ②は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(夫婦は1650万円)、 ④は550万円(夫婦は1550万円)、⑤は500万円(夫婦は1500万円)。 ※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(夫婦は2000万円)																	
	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	※内容を記入して下さい										

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(自宅・勤務先)																	
申請者住所	〒		本人との関係															

※裏面も記入してください。

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。
- 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

(あて先) 八戸市長

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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名