

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 富士市長

住 所

(申請者) 氏 名

(被保険者との関係)

電話番号 ( ) -

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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別			男・女			
住 所	〒										
	電話番号										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒										
	電話番号										
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	〒									
		電話番号									
	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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 82.65 万円以下です。(受給している年金を○で囲んで下さい) ※ 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を○で囲んで下さい。 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 82.65 万円を超え、120 万円以下です。(受給している年金を○で囲んで下さい)									
	<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 120 万円を超えます。(受給している年金を○で囲んで下さい)									

◎ 裏面もご記入ください。

富士市記入欄

交付年月日	年 月 日	世帯の状況	人	課税 ( ) ・ 非課税	
適用年月日	年 月 日	生活保護	あり・なし	老齢福祉年金	あり・なし
有効期限	年 月 日	資産の状況	基準(①1,000、②650、③(1)550、③(2)500)以下・基準超		
判定結果	承認・不承認	収入等の合計			
負担段階	第 段階	給付減額の有無	あり ( ~ ) ・ なし		
判定者		課税特例減額措置	該当(居住費のみ、食費のみ、両方) ・ 非該当		

(表面からの続き)

預貯金等に関する申告	被保険者		配偶者	
	金融機関及び支店名	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金額 (普通・定期)	銀行・信金 農協・労金 支店	円	銀行・信金 農協・労金 支店	円
	銀行・信金 農協・労金 支店	円	銀行・信金 農協・労金 支店	円
	銀行・信金 農協・労金 支店	円	銀行・信金 農協・労金 支店	円
	銀行・信金 農協・労金 支店	円	銀行・信金 農協・労金 支店	円
有価証券・ 投資信託等	種類	評価概算額	種類	評価概算額
		円		円
		円		円
その他 (現金、負債 等を含む)	種類	金額	種類	金額
		円		円
		円		円
合計		円		円

## 同意書

(宛先) 富士市長

- ① 私は上記申請の結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所及びサービス事業所に対して情報提供することについて同意します。
- ② 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、富士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

<被保険者>

住所

氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。※記名の横に被保険者の印を押してください。)

<配偶者>

住所

氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。※記名の横に配偶者の印を押してください。)

### 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、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。