

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

中野市長 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の申請をします。

フリガナ			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
			性別	男 ・ 女											
生年月日	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 (※)	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、記入は不要です。											

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	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 (どちらかに○をしてください)													

関 収 入 等 申 告	負担段階1	☐ 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													
	負担段階2	☐ 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 計所得金額の合計が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺子年金を含む。(以下同じ)													
	負担段階3-①	☐ 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 計所得金額の合計が年額80万円を超え、120万円以下です。													
	負担段階3-②	☐ 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が②の方は1000万円(夫婦2000万円)、③の方は650万(同1650万)、 ④の方は550万(同1550万)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40～64歳)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦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	(※)		円				

(預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり) ※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	(自宅・勤務先)
申 請 者 住 所		本 人 と の 関 係	

※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ものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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、または別紙に記入の上、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、支給された額および最大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

中野市長 あて

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

中野市記入欄

本人		☐ 課税 ☐ 非課税 年金＋他所得									
世帯	☐ 課税 ☐ 非課税		配偶者	☐ 有	☐ 課税 ☐ 非課税		預貯金等	夫婦：			円
	☐ 無			個人：				円			
戸籍		金融		負担段階	1・2・3-①・3-②			申請		決定	