

(申請先)

美馬市長 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	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(※)	連絡先														
入所(院)年日(※)	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	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	<input type="checkbox"/>	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													
	<input type="checkbox"/>	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】の収入額、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○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。													
	<input type="checkbox"/>	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】の収入額、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。													
	<input type="checkbox"/>	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】の収入額、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 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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

- 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、その全てを記入し、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

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。）の収入及び課税状況並びに保有する預貯金、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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてもかまいません。

美馬市長あて

年 月 日

〈本人〉

住 所：

氏 名：

〈配偶者〉

住 所：

氏 名：

### 担当課記入欄

市民税世帯課税	有・無	資産の状況	基準以下・超	要介護度		認定期間	
				支	介	年 月 日 ~	年 月 日
給付制限	有・無	特例減額措置	該当（居住費・食費・両方）・非該当				
配偶者	有・無	配偶者の課税	有 ・ 無	交付年月日	年 月 日		
老齢福祉年金	有・無	境界層	有 ・ 無	適用年月日	年 月 日		
生活保護	有・無	生保受給開始日	~	有効期限	年 月 日		
戸籍	課税	金融機関	備考			負担段階	
						1・2・3①・3②・4	

### 窓口記入欄

受付	個人番号確認	本人(申請者又は代理人)確認 写真付1点 写真無2点		代理権の確認 ※本人以外が来庁した場合
穴 脇 美 木	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 委任状
	<input type="checkbox"/> 通知カード(写し)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(成年後見人)
	<input type="checkbox"/> 住民票等(写し)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他(本人の保険証等) ( )
	<input type="checkbox"/> 担当者記入	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無し(使者・提出代行扱い)
備考	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 健康保険証 ( )			
代理人・使者の場合は来庁者の氏名及び続柄を記入				