

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

愛媛県宇和島市長 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。

年度

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	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											
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室 3 従来型個室 4 多床室											
入所（院）年月日（※）	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、記入不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号						
	住所	連絡先										
	本年1月1日現在の住所（現在の住所と異なる場合）											
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。										
	<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 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円（同 1650 万円） ④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1500 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 1000 万円（夫婦は 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 (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。

提出者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所	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、別世帯の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。

※裏面の同意書にも記入してください。

(裏面)

同 意 書

愛媛県宇和島市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名、押印してください。