

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

草津市長 宛

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																			
住所	連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地および名称(※)	〒		連絡先																	
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合およ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80万円を超え、120万円以下です。 (受給している年金に○してください)																		
	<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。 (受給している年金に○してください)																		
預貯金等に関する申告	<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2000万円)、③の方は650万円(夫婦1650万円)、④の方は550万円(夫婦1550万円)、⑤の方は500万円(夫婦1500万円)以下です。 ※第2号被保険者の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
	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、パートナーシップ宣誓を結んでいる者(宣誓書受領証もしくは宣誓書受領証カードの提示)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、余白に記入するかまた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

草津市長 宛

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者、パートナーシップ宣誓を結んでいる者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、草津市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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。

なお、報告により、要件を満たしていないことが判明した場合には、期日を遡って認定を取り消し、支給額（減免額）を返還することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

市記入欄(これより下の欄は記入しないでください。)

該 当 区 分	交付年月日			
<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者 <input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 負担額が第1段階であれば被保護者とならない者	1段階	年 月 日		
		適用年月日		
<input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額の合計額が80万円以下の者 <input type="checkbox"/> 負担額が第2段階であれば被保護者とならない者	2段階	年 月 日から		
		年 月 日まで		
<input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額の合計額が80万円を超え、120万円以下の者 <input type="checkbox"/> 負担額が第3段階①であれば被保護者とならない者	3段階 ①	備考		
				3段階 ②
<input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額の合計額が120万円を超える者	4段階			
<input type="checkbox"/> 上記に該当しない者				

本人確認・代理権（人）確認用		受付者：		
本人・代理人確認	① 免許・個カ・CM証等・他（ ）	② 介証・負証・健証・通カ・他（ ）		
代理権確認	個カ・免許・同一世帯・法定代理人証明・委任状・介証・負割証・健証・他（ ）			