

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

海老名市長 殿

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			個人番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
			性別	男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	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（※）	昭 ・ 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
	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 <small>（受給している年金に○をしてください）</small>	<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。 <small>※遺族年金には、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。</small> <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。 <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。				
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。 <small>※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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>				
	預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円	その他 <small>（現金・負債を含む）</small>

受給している全ての年金の保険者に☑をつけてください

日本年金機構
 地方公務員共済
 国家公務員共済

※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) 預貯金等の資産状況確認のため、金融機関に照会を行う場合がありますので、裏面の「同意書」を必ず記入してください。記入がない場合は申請を受理できません。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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

海老名市長 殿

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、報告を求めら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

海老名市記入欄(申請者は記入不要です)

個人番号 [番号確認] 本人 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 職権確認															
配偶者 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 職権確認															
[身元確認] <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> その他()															
[代理権] <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 任意()															
添付書類 <input type="checkbox"/> 同意書(押印の確認含む)		<input type="checkbox"/> 通帳等の写し(裏面記載分全て)													
本人()	配偶者課税状況	資産状況													
課税・非課税	課税・非課税	合計()	該当・非該当												
交付年月日	(所得分布の状況等を記入)		第1段階												
年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">生活保護受給者</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">本人 非課税</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">同世帯者 非課税</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>所得</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>非課税年金</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>		生活保護受給者		本人 非課税		同世帯者 非課税		年金	円	所得	円	非課税年金	円	第2段階
生活保護受給者															
本人 非課税															
同世帯者 非課税															
年金			円												
所得	円														
非課税年金	円														
適用年月日		第3段階①													
年 月 日		第3段階②													
有効期限															
年 月 日		不承認													