

年度介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先)七尾市長
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。

被保険者記入事項	フリガナ			被保険者番号																
	被保険者氏名																			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		個人番号																
	住 所	〒 連絡先 ()																		
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 ※ショートステイの利用など、介護保険施設に入所していない場合は、記入不要です。	所 在 地																		
	名 称																			
	入所年月日	年 月 日		グループホーム、有料老人ホーム、デイサービス等は対象外です。																

配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」についても記入してください。															
配偶者に関する事項	フリガナ			市町村民税の課税状況															
	配偶者氏名			課税 ・ 非課税															
	生年月日	明・大・昭 年 月		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は記載してください。)															

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者															
	☐	②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 80.9 万円以下です。(受給している年金に○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。															
	☐	③-1 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 80.9 万円超、120 万円以下です。															
	☐	③-2 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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の場合又は、第 2 号被保険者の場合は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、②の場合は 650 万円（夫婦は 1,650 万円）、③-1 の場合は 550 万円（夫婦は 1,550 万円）、③-2 の場合は 500 万円（夫婦は 1,500 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			被保険者との続柄		
申請者住所	〒 連絡先 ()				

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者を含みます。
- (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) 書き切れない場合には、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
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス等の支給を受けた場合には、介護保険法第 2 2 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。

裏面もあります。

【市町村記入欄】		なし		
被保険者段階	配偶者の市・県民税	預貯金等	結果	確認
1・2・3-1・3-2・4	課税 ・ 非課税	基準以下・基準以上	支給 () 段階・不支給	

同意書

(あて先) 七尾市長

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、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、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構いません。

年 月 日

<被保険者>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名
