

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

岩見沢市長

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|--------|---|----|---|--|--|--|--|------|---|--|--|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | ㊦ | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 | | | | | | 女 | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|----------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所施設 | 入所(院)施設名称 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| | 入所(院)施設住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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、「入所施設」については記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|----------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|------|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| | 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"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 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。 ※ 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"/> 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1,000万円（夫婦は2,000万円）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 | | | | | | 有価証券(評価概算額) | | | | | | その他(現金・負債を含む) | ()※ 円 | | | |

申請者欄（申請者が被保険者本人の場合には、この欄について記載は不要です）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|--|---------|--|------------|----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 認定証送付先 | 1. 被保険者宅 | | 2. 申請者宅 | | 3. 入所(院)施設 | | 4. その他（下記記載） | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | |

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。
- (3) 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。
- (4) 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

岩見沢市長 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、報告を求めると同意します。

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

印

【配偶者】

住 所

氏 名

印

●添付書類（出来るだけA4サイズでお願いいたします）

本人及び配偶者の所有している全ての預金通帳、有価証券等の下記の部分の写し

1. 預金通帳（下記①～③全て）
 - ①通帳見開き1ページ目
（金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号がわかるページ）
 - ②申請日から直近2か月前までの取引が確認できる最終残高記載のページ
 - ③総合口座の場合＝定期預金等のページ
定期口座の場合＝上記①のページと定期預金等のページ
2. インターネットバンクであれば金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号・残高が記載されているもの
3. 有価証券、投資信託等
銀行、信託銀行、証券会社等の名義人・口座残高がわかるものの写し
（ウェブサイトの写しも可）

※ 生活保護受給の方は、上記添付書類は必要ありません

※ 境界層該当の方は、福祉事務所発行の「境界層該当証明書」の添付のみ必要です