

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

岩見沢市長 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。

令和	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	〒 — 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"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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80万円以下です。
	<input type="checkbox"/> 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80万円超120万円以下です。
	<input type="checkbox"/> 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。

※ 遺族年金とは寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

預貯金等に関する申告（別添のとおり）	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	現金	円
					その他 負債	
				その他（ ）		

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. 被保険者宛	2. 申請者宛	3. 入所(院)施設	4. その他（下記記載）
氏名		住所	〒 — 電話番号	

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

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

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）

※ 下記の方は通帳の写し等は必要なく、下記書類を添付してください。

- ・ 生活保護受給の方は、福祉事務所発行の「生活保護受給証明書」が必要です。
- ・ 境界層該当の方は、福祉事務所発行の「境界層該当証明書」が必要です