

介護保険 負担限度額認定申請書



船橋市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費および居住費に係る負担限度額の認定を申請します。

被保険者氏名		被保険者番号			
フリガナ		個人番号			
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生
被保険者住所	電話番号 ()				
入所中又は入院中の介護保険施設の所在地及び名称	所在地	電話番号 ()			
	名称	入所日又は入院日	昭和・平成・令和 年 月 日		
配偶者の有無	有 ・ 無	※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。			
	※ 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。				
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生		
	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)				
	市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税			

※該当する収入等に関する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 市町村民税 世帯非課税者	非課税年金の受給 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 ※下記年金収入額に含まれます	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給 ※生活保護受給の方は以下の項目は記載不要
	年金収入額 + 合計所得金額	65歳以上の方	65歳未満の方
	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	かつ、預貯金等の合計金額が650万円以下 (配偶者と合わせて1,650万円以下)	かつ、預貯金等の合計金額が1,000万円以下 (配偶者と合わせて2,000万円以下)
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超 120万円以下	かつ、預貯金等の合計金額が550万円以下 (配偶者と合わせて1,550万円以下)	
<input type="checkbox"/> 年額120万円超	かつ、預貯金等の合計金額が500万円以下 (配偶者と合わせて1,500万円以下)		
預貯金等に関する申告	預貯金等の金額を記入してください		
	預貯金額	本人	円
	有価証券 (評価概算額)		円
	その他(現金・負債を含む)		円
		配偶者	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

申請者氏名	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

※ 裏面の同意書の記入漏れに、ご注意ください。(必須)

同 意 書

船橋市長 あて

介護保険負担限度額の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、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

申請事由 (該当する項目に○を付けてください。)

介護保険法施行規則第83条の5第1号	
介護保険法施行規則第83条の5第2号 (境界層)	
介護保険法施行規則第83条の5第3号 (生活保護受給)	
介護保険法施行規則第83条の5第4号 (特例減額措置)	

※ 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) この申請書における「合計所得金額」は、年金の雑所得を除いたその他の所得金額をいいます。
- (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うえ、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。

市記入欄	受付者	添付書類の数	本人	配偶者	
	同日処理	送付先	市民税申告	世帯分離	転入継続
該当する場合チェック					