

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

横手市長 あて

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										
介護保険施設の所在地及び名称										
入所年月日	昭・平・令	年	月	日	↑ 介護保険施設に入所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	個人番号				
	住 所									
	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／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者								
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額、右欄の非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。				【非課税年金収入額申告欄】 該当するものに☑してください				
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額、右欄の非課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。				種別 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ※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。 年金保険者 ☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済 ※受給している全ての保険者を選択				
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	電話番号
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 預貯金等は、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。
- 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。
- 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。

横手市記入欄	認定結果	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	《入力者印》	《窓口受付印》
		<input type="checkbox"/> 境界層	<input type="checkbox"/> 特例第3段階	<input type="checkbox"/> 対象外		
	交付日	令和 年 月 日				
適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
備考						

同意書

横手市長 あて

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、横手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

Ⓜ

<配偶者>

住 所

氏 名

Ⓜ