

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

宿毛市長 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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名 (申請者)		個人番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	(〒 - ) 電話番号	※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、記入不要です。	
※入所(院)施設の所在地及び名称	(〒 - ) 電話番号		
※入所(院)年月日	年 月 日		

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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号	
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所 ※同居の場合は記入不要	(〒 - ) 電話番号	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	(〒 - ) 電話番号	左記を記入した場合
		配偶者の市町村 民税課税状況	課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	1. 市町村民税が世帯全員非課税                      2. その他(生活保護受給者・老齢福祉年金受給者)		
	非課税年金を 1. 受給している ( )                      2. していない		
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。		※根拠資料として、通帳の写し等を添付してください。
	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

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	提出者電話番号	本人との関係
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）		送付先

**注意事項**

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

# 同意書

宿毛市長 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、宿毛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

代筆

宿毛市記入欄

		課長	補佐	係長	係
確認	要件			交付年月日	
	第1段階 生活保護等/預貯金等：単身 1,000 万円以下、夫婦：2,000 万円以下			年 月 日	
	第2段階 年金収入等 80 万円以下/預貯金等：単身 650 万円以下、夫婦 1,650 万円以下			適用年月日	
	第3段階① 年金収入等 80 万円超 120 万円以下/預貯金等：単身 550 万円以下、夫婦 1,550 万円以下			年 月 日から	
	第3段階② 年金収入等 120 万円超/預貯金等：単身 500 万円以下、夫婦 1,500 万円以下			有効期限	
	却下 課税世帯のため		却下 預貯金等が要件を上回るため	年 月 日まで	