

# 介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

年 月 日

(宛先) 浦安市長

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生年月日																			
住所	電話番号																			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	電話番号																			
入所（院）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、記入不要です。																			

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者の有無が「無」の場合、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																			
	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)	電話番号																		
	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／②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入 額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入 額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入 額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。																		
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、 ⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																		
	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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

## 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、その全てを記入し、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。

## 同意書

浦安市長 殿

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、浦安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