

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

蕨市長あて

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。なお、本件に係る税情報の利用に同意します。

申請日	令和 年 月 日	被保険者番号																	
フリガナ		個人番号																	
被保険者氏名		生年月日																	
住 所		電話番号																	
施 設	名称	電話番号																	
	住所																		
入所(院)年月日 (※)		☐ 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、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		個人番号																
	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)																		
	課税状況		市区町村民税 ☐ 課税 ・ ☐ 非課税																

収入等及び 預貯金等に 関する 申告	☐	生活保護受給者もしくは、市区町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。																
	☐	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している場合は、右の該当する年金に○をしてください。以下同じ。) かつ預貯金等の合計が650万円以下(夫婦は1,650万円以下)(※2)です。 ※1 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。 ※2 2号被保険者は、1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)です。以下同じ。																
	☐	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 かつ預貯金等の合計が550万円以下(夫婦は1,550万円以下)です。																
	☐	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【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。 かつ預貯金等の合計が500万円以下(夫婦は1,500万円以下)です。																
	預貯金 額		円	有価証券 (評価概算額)		円	現金		円	負債		円	その他		円			

※添付資料で金額がわかる場合は金額の記入は不要です。該当しないものは、0を金額欄に記入してください。

申請書提出者	☐ 本人 ☐ 本人以外(下の欄に記入)
住 所	
氏 名 (事業所(者)名)	電話番号 () 被保険者との関係 ()

- 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) 預貯金については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 - (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) 虚偽の申請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。
 - (5) 裏面の同意書も記入して下さい。

同 意 書

蕨市長あて

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、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、蕨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	