

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	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	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	年 月 日				個人番号						
	住所	〒 電話番号										
	本年1月1日現在の住所 <small>(現住所と異なる場合)</small>	〒										
	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80万円以下です。（受給している年金に○をしてください。以下同じ。） ※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。									
	<input type="checkbox"/>	その他（境界層該当・特例減額措置）									
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。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

## 同意書

袖ヶ浦市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、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、袖ヶ浦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

代筆者氏名

\_\_\_\_\_