様式第３０号（第２１条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

袖ケ浦市長　　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（現住所と異なる場合）	〒	
	課税状況	市町村民税　　課税・非課税	

収入等に関する申告	□	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
	□	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。
	□	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。
	□	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。
	□	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	□	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

袖ケ浦市長　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、袖ケ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