

(表)

第17号様式(第19条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

清須市長 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			保険者番号										
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	〒		連絡先										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒		連絡先										
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												
	氏名												
	生年月日	年 月 日	個人番号										
	住所	〒		連絡先									
	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	<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】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〇して下さい。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】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】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						

※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

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、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サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額の最大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

清須市長 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、清須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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印