

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（宛先）江別市長

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                                 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保 険 者 番 号                                             |  |  |  | 0     | 1 | 2 | 1 | 7 | 9 |  |  |
| 被保険者氏名                               |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号                                                |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |
|                                      |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                                                  |  |  |  | 年 月 日 |   |   |   |   |   |  |  |
| 個人番号                                 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |
| 被保険者住所                               | 〒 - 電話番号                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |
|                                      | 結果送付先(上記と同じ場合は記入不要) 電話番号／送付先氏名<br>〒 - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 〒 - 電話番号                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      | 年 月 日                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>ショートステイを利用している場合は、記入不要です。 |  |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |

※生活保護を受給している方は以下の記入を省略することができます（収入等に関する申告を除く。）。

○配偶者に関する事項（必ず記入してください。）

|                                       |                                    |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------|--|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| 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」についての記載は不要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
| 配<br>偶<br>者<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項 | フリガナ                               |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |
|                                       | 氏 名                                |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|                                       | 個人番号                               |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|                                       | 住 所                                | 〒 - 電話番号       |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|                                       | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と<br>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」に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

(表面からの続き)

○収入等に関する申告（該当する部分にレ点をつけてください。）

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活保護受給者／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"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。）  | 受給している全ての年金の保険者にレ点をつけてください。<br><br><input type="checkbox"/> 日本年金機構<br><input type="checkbox"/> 地方公務員共済<br><input type="checkbox"/> 国家公務員共済<br><input type="checkbox"/> 私学共済 |
| <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超えます。（受給している年金に○をつけてください。） |                                                                                                                                                                             |

※ 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。

○預貯金等に関する申告（配偶者の預貯金等についても記入してください。他の世帯員分は不要です。）

| 種類                | 有無  | 氏名（口座名義） | 金融機関及び支店名 | 預 貯 金 額 |
|-------------------|-----|----------|-----------|---------|
| 預 貯 金             | 有・無 |          |           | 円       |
|                   |     |          |           | 円       |
|                   |     |          |           | 円       |
| 有価証券等             | 有・無 | 氏 名      | 種 類       | 評価概算額   |
|                   |     |          |           | 円       |
| そ の 他<br>(負債・現金等) | 有・無 | 氏 名      | 種 類       | 金 額     |
|                   |     |          |           | 円       |
|                   |     |          |           | 円       |
| 合 計               |     |          |           | 円       |

- 注意事項
- (1) この申請書における「配偶者」は、**世帯分離をしている配偶者又は事実婚を含みます。**
  - (2) 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、**通帳の写し等を添付してください。**
  - (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

(宛先) 江別市長

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（事実婚を含む。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、江別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