

介護保険負担限度額認定申請書

14-16

(申請先)四日市市長

年 月 日

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		被保険者番号 (右詰め)																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	年 月 日																			
住 所	〒 TEL:																			
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	<input type="checkbox"/> 1.介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 2.介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3.介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 4.介護医療院 〒 TEL:																			
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には、記入は不要です。																		

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合には、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ		課税状況	市町村民税：課税・非課税																
	氏 名																			
	生年月日	年 月 日生	個人番号																	
	住 所 ※同居の場合は 記入不要	〒 TEL:																		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①-(1)生活保護受給者又は①-(2)市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。																	
	<input type="checkbox"/>	②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〇してください。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"/>	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80万円を超え、120万円以下です。																	
	<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、第1号被保険者(65歳以上)の ①-(2)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の場合は650万円(同1,650万円)、 ③の場合は550万円(同1,550万円)、④の場合は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)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。																	
	a.預貯金額 (普通・定期等)		b.有価証券 (評価概算額)		c.その他 (現金・負債を含む)		( )※ ※内容を記入してください												

市記入欄(これより下は記入不要)

《裏面も記入してください》

a.b.c.の合計 円

<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 第__段階 適用開始: 年 月 日~ 年 月 日	市受付印
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中(受給開始: 年 月) <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額	
<input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過(第__段階 の資産要件) <input type="checkbox"/> 別世帯の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> その他( )	

**同 意 書**

四 日 市 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（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、貴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

被保険者本人	住 所		
	氏 名		⑩ ※本人自署の場合 は押印不要です。
配偶者	住 所		
	氏 名		⑩ ※本人自署の場合 は押印不要です。

被保険者本人以外の方が記入した場合、下記もご記入ください。

代 筆 者	住 所		電話番号	
	フリガナ		本人との 続柄	
	氏 名			
	介護事業所の職員が代筆者の場合 介護事業所の名称を記入してください			

**【注意事項】**

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2)預貯金等について、複数の口座を保有している場合は、そのすべてを申告してください。また、通帳等の写し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。

**【問い合わせ先】**  
 〒510-8601  
 四日市市諏訪町1番5号  
 四日市市役所 介護保険課  
 TEL 059-354-8190  
 FAX 059-354-8280