介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（宛先）　五島市長

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 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　別	男　・　女
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	認定証送付先	□ 被保険者　□ 申請者　□ 入所（利用）施設

（※）介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。

配偶者の有無		有　・　無　（無の場合は配偶者に関する事項は、記入不要です。）		市町村民税課税状況	課税　・　非課税
配偶者に関する事項	フリガナ 氏　名		個人番号		
			生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	住　所	〒 連絡先			
	本年1月1日現在の住所	※上記と同じ場合は、記入不要です。			

収入等に関する事項	□	①生活保護受給者/②市民税世帯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、 課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が、**年額82．65万円以下**です。
	□	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が、**年額82．65万円を超え、120万円以下**です。
	□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と非課税年金収入額、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。

年金保険者に関する事項	（受給している全ての年金保険者の該当□に✔を付けてください） □　日本年金機構　　□　地方公務員共済　　□　国家公務員共済　　□　私学共済

非課税年金受給に関する事項	（非課税年金を受給している方は該当□に✔を付けてください） □　遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）　　□　障害年金

預貯金等に関する事項	□	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（夫婦は1,650万円）**、④の方は**550万円（夫婦は1,550万円）**、⑤の方は**500万円（夫婦は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

※申請者が被保険者本人の場合は、下記については記入不要です。

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

（1）この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

（2）預貯金等については、同じ種類の預貯金等（定期貯金、貯蓄預金、積立定期も含む。）を複数所有している場合は、その合計額を記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。配偶者の分も添付してください。

（3）書き切れない場合は、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。

市記入欄

交付年月日	年　月　日	適用年月日	年　月　日	有効期限	年　月　日
備　考	利用者負担段階：　第　　段階 世帯課税状況等：　□非課税世帯　□課税世帯　□配偶者の課税状況及び資産勘案による非該当				

同　意　書

（宛先） 五島市長

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。

令和　　年　　月　　日

＜本人＞

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜配偶者＞

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿