

(表)
介護保険負担限度額認定申請書

鎌ヶ谷市長 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		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭	年		月		日														
住 所	〒																			
	電話番号																			
介護保険施設の所在地及び名称	※ショートステイ利用の場合は、この欄と「入所（院）年月日」欄の記入は不要です。 所在地 名称																			
入所（院）年月日		年		月		日														

配偶者の有無	有 ・ 無	「無」の場合は、「配偶者に関する事項」については、記入不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏 名																			
	生年月日	明・大・昭・平	年		月		日													
	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	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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○してください。) ※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。以下同じ。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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○してください。)																		
	受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済																		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付のとおり																		
	預貯金額		円	有価証券		円	その他	()	※	円							

申請者氏名		本人との続柄	
申請者住所	〒		
	電話番号		

(裏面に続きます)

(裏)

同意書

鎌ヶ谷市長 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、鎌ヶ谷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

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

※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を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
から	