

介護保険負担限度額認定申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要		委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)	
	住 所：			被保険者	
	電話番号： ()			本人氏名	
	氏 名：			Ⓜ	
		(本人との関係：)		(本人自署の場合は押印不要)	

フリガナ		保 険 者 番 号		1 9 2 0 1 3	
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号			
		個人番号			
生年月日		年 月 日生			
住 所				電話番号 ()	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)				電話番号 ()	
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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年 月 日生
	氏 名				
	個 人 番 号			課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税
	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)				
収入等に関する申告	☐	《第1段階》：生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
	☐	《第2段階》：市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金 額及び【遺族年金※・障害年金】(受給している年金に○をして下さい。)収入額の合 計額が年額80.9万円以下です。(※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。)			
	☐	《第3段階①》：市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得 金額及び【遺族年金・障害年金】(受給している年金に○をして下さい。)収入額の 合計額が年額80.9万円超、120万円以下です。			
	☐	《第3段階②》：市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得 金額及び【遺族年金・障害年金】(受給している年金に○をして下さい。)収入額の 合計額が年額120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が一定額（第1段階：1000万円、第2段階：650万円、第3段階①：550 万円、第3段階②：500万円以下で夫婦は、それぞれの段階の金額に1000万円を足した金額）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり			
	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) 内容 () 円
(あて先) 甲府市長 年 月 日 上記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の申請をします。 なお、この申請の認定決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の高齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税 情報を調査することに同意します。					

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 2 2 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。

保険者記入欄		介護保険負担限度額		決 定		令和 年 月 日	
限度額 状況	利 用 者 負 担 段 階		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	
	食費負担限度額(日額)【】は短期入所		3 0 0 円【3 0 0 円】	3 9 0 円【6 0 0 円】	6 5 0 円【1 0 0 0 円】	1 3 6 0 円【1 3 0 0 円】	
	居住費 又は滞在費 (日額)	ユニット型個室	8 8 0 円	8 8 0 円	1. 3 7 0 円	1. 3 7 0 円	
		ユニット型個室的多床室	5 5 0 円	5 5 0 円	1. 3 7 0 円	1. 3 7 0 円	
従来型個室(特養等)		3 8 0 円	4 8 0 円	8 8 0 円	8 8 0 円		
従来型個室(老健・医療院等) 多床室		5 5 0 円 0 円	5 5 0 円 4 3 0 円	1. 3 7 0 円 4 3 0 円	1. 3 7 0 円 4 3 0 円		
受 付	交付年月日	年 月 日	承 認	長 寿 介 護 課			
	適用年月日	年 月 日から	不承認	担 当	係 長	課 長	
	有 効 期 限	年 月 日まで					

同 意 書

(あて先) 甲府市長

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

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名