

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) 被保険者 本人氏名	
	住所： 電話番号： 氏名：	()		印	
(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										
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	
	氏 名			課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	
	個人番号					
	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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②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"/>	③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。)				
	<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、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。				
	<input type="checkbox"/>	⑤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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 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 1000 万円(夫婦は 2000 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)	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老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。

保険者記入欄 介護保険負担限度額 決 定 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		300 円【300 円】	390 円【600 円】	650 円【1000 円】	1360 円【1300 円】
居住費 又は滞在費 (日額)	ユニット型個室		880 円	880 円	1,370 円	1,370 円
	ユニット型個室的多床室		550 円	550 円	1,370 円	1,370 円
	従来型個室(特養等)		380 円	480 円	880 円	880 円
	従来型個室(老健・医療院等)		550 円	550 円	1,370 円	1,370 円
	多床室		0 円	430 円	430 円	430 円
受 付	交付年月日	年 月 日	長 寿 介 護 課			
	適用年月日	年 月 日から				
	有 効 期 限	年 月 日まで	不承認			
			承 認	担 当	係 長	課 長

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