

## 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 住所: ( ) 電話番号: ( ) 氏名: (本人との関係: )			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 (印)						
	(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	1	9	2	0	1	3	
生年月日		年 月 日			個人番号	1	9	2	0	1	3	
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	1	9	2		0	1	3				
	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								受給している全ての年金の 保険者に印をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<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印をして下さい。) 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印をして下さい。) 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印をして下さい。) 収入額の合計額が年額120万円を超えます。										
	<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。										
預貯金等に関する 申告	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 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。										年 月 日		

## 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 ユニット型個室の多床室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等) 多床室	880円 550円 380円 550円 0円	880円 550円 480円 550円 430円	1,370円 1,370円 880円 1,370円 430円	1,370円 1,370円 880円 1,370円 430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					担当			係長	課長
	有効期限	年 月 日まで					不承認				

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