

介護保険 負担限度額認定申請書

北名古屋市長 様 年 月 日
 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	保険者番号		2	3	2	3	4	8
被保険者氏名	被保険者番号							
	個人番号							
生年月日	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	（※）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、記載不要です。					
配偶者に関する 事項	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日	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）							
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"/> 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、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円 以下です。 （受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※ 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、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円 を超え、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、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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。							
預貯金等 に関する申告 ※通帳等の 写しは別添	<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）	（ ）※ 円		

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

同意書

北名古屋市長 殿

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、北名古屋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

預貯金額等内訳書

被保険者番号

被保険者氏名

【預貯金】（普通預金と定期預金は分けて金額を記入してください。）

定期預金【有・無】（いずれかを○で囲ってください）			
	金融機関名（支店名は不要）	対象	金額
1	（普通・定期）	本人・配偶者	円
2	（普通・定期）	本人・配偶者	円
3	（普通・定期）	本人・配偶者	円
4	（普通・定期）	本人・配偶者	円
5	（普通・定期）	本人・配偶者	円
6	（普通・定期）	本人・配偶者	円
7	（普通・定期）	本人・配偶者	円
8	（普通・定期）	本人・配偶者	円
合計			円

【有価証券】

	種類・社名等	対象	評価概算額
1		本人・配偶者	円
2		本人・配偶者	円
合計			円

【その他（現金・負債を含む）】

	内容（例：現金）	対象	金額
1		本人・配偶者	円
2		本人・配偶者	円
合計			円

※通帳の写しを取る前に記帳をしていただき、本人及び配偶者名義のすべての通帳の写し（名義が確認できる部分と、直近3か月程度の残高が確認できる部分）、有価証券等の額がわかるものを提出してください。

※負担限度額認定の有効期間中であっても、預貯金額等の資産状況が要件を超過した場合は対象となりません。その場合は、高齢福祉課まで申し出てください。

※預貯金額等の資産状況が要件を超過した場合は、介護保険法第22条第1項の規定により給付額の返還等が生じる場合があります。