

（表面）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（申請先）長久手市長 殿

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		性 別		男 ・ 女												
住 所	連 絡 先																
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	明 ・ 大 ・ 昭 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) (※)													(※) 申請が 1 月から 7 月までの 場合はその年の前年 1 月 1 日時点 の住所を記入してください。			
	課 税 状 況	市町村民税 課 税 ・ 非課税															

収入等に関する申告				預貯金等の資産状況	
☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			単身：1，000万円以下 夫婦：2，000万円以下	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 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80万9千円以下です。 (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。			単身：650万円以下 夫婦：1，650万円以下	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 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80万9千円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○してく ださい)			単身：550万円以下 夫婦：1，550万円以下	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 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120万円を超えます。 (受給している年金に○してください)			単身：500万円以下 夫婦：1，500万円以下	
受給している 年金の種類	☐ 日本年金機構	預貯金等に 関する申告	預貯金額		円
	☐ 地方公務員共済		有価証券（評価概算額）		円
	☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済		その他（ ） （現金・負債を含む）		円

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

◎裏面も御記入ください。

同 意 書

(宛先) 長久手市長 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、長久手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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名（自署）

<配偶者>

住所

氏名（自署）