

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（表面）

（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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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80万円以下です。 <small>（受給している年金に○してください）</small> ※ 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
<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。 <small>（受給している年金に○してください）</small>	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下
<input type="checkbox"/>	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。 <small>（受給している年金に○してください）</small>	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	<input type="checkbox"/> 日本年金機構	預貯金等に関する申告	預貯金額	円
	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済		有価証券（評価概算額）	円
	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 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）