

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

小田原市長 様

食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

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	〒	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※	昭・平・令 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・平 年 月 日	
	住所	〒	電話番号
	本年1月1日時点の住所※		※現住所と異なる場合にご記入ください。
	課税状況	市町村民税	課税・非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金（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。（受給している非課税年金に○を付けてください。）	受給している全ての年金に係る年金保険者に○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額の合計額が、年額80万円を超えます。（受給している非課税年金に○を付けてください。）	
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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	有価証券 円（評価概算額）	その他 円（現金・負債を含む） ※ (内容) ※

申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。 ※内容を記入してください。

記入者氏名	電話番号
記入者住所 〒	本人との関係

- 注 1 この申請書における「配偶者」については、内縁関係や住民票上世帯が異なる配偶者を含みます。
 2 この申請書における「遺族年金」には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
 3 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
 4 記入欄が不足する場合は、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。
 5 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。

市記入欄

①非課税年金収入額	円	①+②+③	80万円	()人世帯
②課税年金収入額	円	世帯課税	有・無	本人課税 有・無
③合計所得金額	円	第 段階	(年 月 日から適用)	

裏面の同意書にもご記入ください。

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。)(以下「私等」という。)の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、貴職が官公署、日本年金機構若しくは共済組合等(以下「官公署等」という。)に対し必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に報告を求めることに同意します。

また、貴職の求めに対し、官公署等又は銀行等が報告等を行うことについて、私等が同意している旨を官公署等又は銀行等に伝えてもかまいません。

令和 年 月 日

小田原市長様

本人

住所 _____

氏名 _____ 印

配偶者

住所 _____

氏名 _____ 印