

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

石巻市長 宛

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 (申請者)		個人番号																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日																		
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、記入不要です。																
配偶者に関する 事項	フリガナ		個人番号																
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日															
	住 所	電話番号																	
	市町村民税 賦課期日現在の 住所	(現住所と異なる場合)												本年1月1日(申請が1月から7月 までの場合は前年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	非課税年金受給	有 ・ 無		「有」の場合は、以下の「年金の種類」について、当てはまる ものに○をしてください。														
	非課税年金の種類	遺族年金	障害年金	年金保険者	・日本年金機構 ・国家公務員共済 ・地方公務員共済 ・私学共済													
預貯金等に関する 申告	預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。 預貯金、有価証券等の金額の合計は、以下のとおりで間違いありません。 「年金収入等※」82万6,500円以下 単身 650万円、夫婦 1,650万円以下 □ 「年金収入等※」82万6,500円超120万円以下 単身 550万円、夫婦 1,550万円以下 「年金収入等※」120万円超 単身 500万円、夫婦 1,500万円以下 「第2号保険者(40歳以上64歳以下)」 単身 1,000万円、夫婦 2,000万円以下 ※【年金収入等】 公的年金等収入金額(非課税年金を含みます。) + その他の合計所得金額																	
	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)	円										

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 遺族年金には、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。
- 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。

保険者 確認欄	備考	受付	入力	確認

※裏面の同意書も記入してください。

(裏面)

同 意 書

(宛先) 石巻市長

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、石巻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

<配偶者>

住所

氏名