

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

伊達市長

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。

記入者氏名		被保険者との関係	
記入者住所	〒 -	連絡先	

※記入者が被保険者本人の場合、上の欄の記載は不要です。

		申請区分	新規・更新
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日		
住所	〒 -	電話番号	()
入所した介護保険施設の名称及び所在地	名称・所在地※		
	入所年月日※	年 月 日	※介護保険施設に入所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	配偶者が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号		
	氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	住所	被保険者と同じ・その他 [電話番号 ()]			
	本年1月1日現在の住所	現住所と同じ・その他 []			

※「配偶者」には、別世帯にいる配偶者や、内縁関係の方も含まれます。

資産状況等の申告	生活保護費または老齢福祉年金を受給していますか。	はい・いいえ			
	昨年、遺族年金 ^{※1} や障害年金などの非課税年金を受給していましたか。	はい・いいえ			
	➡「はい」の場合 本年1月1日現在の住所はどちらにありましたか。	現住所と同じ その他 []			
	被保険者および配偶者の資産金額を記入してください。 ※預貯金額、定期預金額、各種年金受給額、有価証券残高等を確認できる通帳等の写しの添付が必要です。		預貯金額 ^{※2} 、有価証券など	その他 ^{※3} (現金・負債を含む)	合計額
		被保険者	円	円	円
配偶者	円	円	円		

※1 遺族年金には寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児年金を含みます。

※2 口座を複数保有している場合は、もれなくそのすべての合計金額を記入してください。

なお、書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。

※3 負債額は差し引いて計算し、マイナスとなる場合は△をつけて記入してください。

注)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。

裏面へ

市町村民税課税状況等の照会に関する同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者、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（内縁関係を含む。以下同じ。）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、報告を求めることに同意します。

また、貴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

伊達市長

本人住所
(被保険者) 氏名

配偶者住所
氏名

《参考》認定基準

利用者負担段階	認定の対象となる収入等要件		預貯金等資産要件
第1段階	生活保護受給者／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
第2段階	市民税非課税世帯世帯全員が	前年の合計所得金額＋年金収入額が80.9万円以下	単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下
第3-①段階		前年の合計所得金額＋年金収入額が80.9万円超120万円以下	単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下
第3-②段階		前年の合計所得金額＋各年金収入額が120万円超	単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下

◎添付書類(例)→預貯金・定期預金・年金等確認用の通帳は、銀行等名/支店名/名義人名/口座番号の表示部分と、申請日から直近2カ月までの出入金と残高が確認できる部分の写し。有価証券は証券会社等の残高部分の写し。

市 使 用 欄	交付年月日	・認定 有・無 ・特入 有・無 ・配偶者 有・無 ・送付先変更 有・無	<input type="checkbox"/> 課税 本・世・配・未() <input type="checkbox"/> 非課税() <input type="checkbox"/> 資産等超過 <input type="checkbox"/> 生保 () <input type="checkbox"/> 減額	認定結果	備考
	年 月 日交付			適用年月日	