

介護保険負担限度額認定申請書

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・昭 年 月 日	電話番号	
住 所			
介護保険施設の所在地及び名称	※ 介護保険施設に入所（院）していない場合やショートステイを利用している場合は記入不要です。 所在地： 施設名： 入所（院）年月日 平成・令和 年 月 日 電話番号		

配偶者の有無		☐ 有 ☐ 無	無の場合、下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	明・大・昭
	氏 名			年 月 日
	住 所	☐ 被保険者と同じ	☐ 被保険者と異なる	住所： 電話番号
	本年1月1日現在の住所	☐ 上の住所と同じ	☐ 上の住所と異なる	住所：
	課税状況	市民税	☐ 課税 ☐ 非課税	

（注）配偶者には、事実婚である者を含みます。

（宛先）静岡市長

上記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の申請をします。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

（ 被保険者との関係： ）

問合せ先：（氏名）

（被保険者との関係）

（電話番号）

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者または①市民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者です。						
	☐	②市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。						
	☐	③-1市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下です。						
	☐	③-2市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。						
非課税年金の種類に関する申告	遺族年金	受給	☐ 有	☐ 無	障害年金	受給	☐ 有	☐ 無
	☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済							
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が次のとおりです。 ☐ ①で1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 ☐ ②で650万円（夫婦は1,650万円）以下 ☐ ③-1で550万円（夫婦は1,550万円）以下 ☐ ③-2で500万円（夫婦は1,500万円）以下 ☐ 第2号被保険者で1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり							
	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (現金・負債含む)	() 円

(注) 1 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。
2 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、その全てを記載してください。
3 預貯金等に関する申告欄に記載しきれない場合は、余白に記載し、又は別紙に記載の上、添付してください。
4 その他（現金・負債含む。）欄の括弧内には、預貯金等の内容を記載してください。
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。

同意書	
(宛先) 静岡市長	
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、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。	
令和 年 月 日	
(本人)	住所
	氏名
(配偶者)	住所
	氏名

(注) 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律に規定する配偶者からの暴力を受けた場合、配偶者が行方不明の場合等は、配偶者の住所及び氏名欄は、記載不要です。

《市記入欄》	
世帯課税状況	☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 転入
本人	第 (1号 ・ 2号) 被保険者
	給付額減額
	☐ 有 ☐ 無
配偶者	第 段階
	決定区分
預貯金等	適用年月日
	有効期限
	交付年月日
	受付担当者