

課長	副課長	係長	係

### 介護保険負担限度額認定申請書

伊万里市長 様

令和 年 月 日

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			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	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	フリガナ			生年月日																		
	氏名			個人番号																		
	住所	※被保険者住所と異なる場合に記入してください。																	電話番号			
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください。																				
	課税状況	市町村民税		課税・非課税																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者																
	<input type="checkbox"/>	非課税年金(遺族年金・障がい年金)受給者														円		
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下記の金額以下です。 <input type="checkbox"/> 【第2段階】 650万円(夫婦1,650万円) <span style="color:red">※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり</span> <input type="checkbox"/> 【第3段階-①】 550万円(夫婦1,550万円) <input type="checkbox"/> 【第3段階-②】 500万円(夫婦1,500万円)																
	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								

※通帳等の写しが必要です。

※内容を記入してください。

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															電話番号(自宅・勤務先)			
提出者住所															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、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。  
 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、その全てを記入してください。  
 3 書ききれない場合は、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。  
 4 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。

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・医療保険証等・介護支援専門員証等

番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住基または標準システム

裏面の同意書も記入してください。

# 同 意 書

伊万里市長 様

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。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、伊万里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

---