

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		212043									
	被保険者番号		0	0	0	0						
	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 (※)	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			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
	氏名											
	住所	〒 ※本年1月1日現在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										
収入等及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 (※)											
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦の場合は1650万円）以下 (※)											
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が80万円超、120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦の場合は1550万円）以下 (※)											
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が120万円を超えるかつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦の場合は1500万円）以下 (※)											
	(※) 40～64歳（2号）被保険者及び第1段階該当者については、預貯金等の合計が1000万円（夫婦の場合は2000万円）以下											
年金に関する申告	<input type="checkbox"/> 日本年金機構			<input type="checkbox"/> 地方公務員共済			<input type="checkbox"/> 国家公務員共済			<input type="checkbox"/> 私学共済		
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 ※資産の内容を記入			
申請者	住所 氏名 (本人との関係) 電話番号 ( ) ※申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。											

## 注意事項

- 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。
- 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。

# 同意書

多治見市長

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、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

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

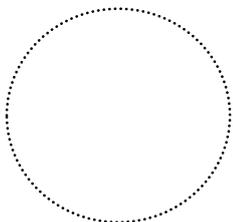
氏名

印

多治見市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	所得要件	適	・ 不適
適用年月日			
年 月 日 から	資産要件	適	・ 不適
有効期限			
年 月 日 まで	第 段階	承認	・ 不承認

受付印



<b>【確認書類】</b> 個人番号カード・通知カード・運転免許証 介護保険証・負担割合証・医療保険証 ケアマネ証・その他（ ）	確認者
---	-----

システム処理	
氏名	交付
	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送