

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			生年月日	年 月 日									
	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	市町村住民税 課税 ・ 非課税												
収入等及び預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 (※)													
	☐ 市町村住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【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9 千円以下かつ、預貯金等の合計が 650 万円（夫婦の場合は 1650 万円）以下 (※)													
	☐ 市町村住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【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】収入額の合計額が 80 万 9 千円超、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 (※)													
	☐ 市町村住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【 ☐ 遺族年金・ ☐ 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	☐ 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

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。

3 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。

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。

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

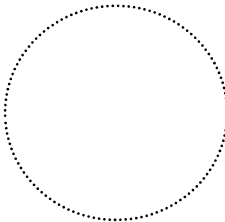
氏名

印

多治見市記入欄

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

受付印



【確認書類】

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

- ☐ 手渡し
☐ 郵送