第20号様式（第23条関係）

（宛先）

（表）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

上尾市長

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。



フリ ガ ナ　被保険者氏名

生 年 月 日

〒

住 所

入 所 （ 院 ）（※）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ ※ ）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートス

年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、記入不要です。

フリガナ

入 所 ( 院 ) し た介護保険施設の所在地 及 び 名 称 （ ※ ）

年　　　　月　　　　日

年 　　月

-

被保険者番号個人番号

日

連絡先

氏 名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配 |  | |
| 偶者 | 生年月日 | |
| に |  |  |
| 関す | 住 | 所 |
| る  事  項 |  |  |

年 月 日

〒 -

個人番号

連絡先

本年1月1日現在 〒　　-

の住所（現住所

と異なる場合）

課税状況　　　市町村民税　　　　　　　　課税　　　・　　非課税

連絡先

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい。

日本年金機構

地方公務員共済

国家公務員共済

私学共済

□　①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者

□　③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入

額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円9千円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。)

※ 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。以下同じ。

※内容を記入してください。

預貯金等に

関する申告

※通称等の写しは

別添

その他

（現金・負債含む）

有価証券

（評価概算額）

預貯金額

□　預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円

　　　(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円（同1,500万円)以下です。

　　　※第２号被保険者(40歳～64歳)の場合は、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円）以下です。

□　⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入

　　　額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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。(受給している年金に〇して下さい。)

（　　　　　　　　　　）※

円

円

円

収入等に

関する申告

□　④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入

額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、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。(受給している年金に〇して下さい。)

該当区分

□　第１段階　　　□　第２段階　　　□第３段階①　　　□第３段階②

□　第４段階

交付年月日

適用年月日

年　　　　　　月　　　　　日

課税による　（本人　　配偶者　　世帯員）

預貯金等　　　□1，000万円超え（単身） 2,000万円超え（夫婦）※２号含む

の合計　 　 □　 650万円超え（単身） 1,650万円超え（夫婦）

□　　550万円超え（単身）1,550万円超え（夫婦）

　　　　　　　　　□　 500万円超え（単身）1,500万円超え（夫婦）

非該当理由

年　　　　　　月　　　　　日から

年　　　　　　月　　　　　日まで

課長　　　　　　　　　　　 主幹　　　　　　　　 　グループのリーダー　　　　　 担当

非課税年金収入　無　・　有　　 制限　無　・　有

生保　無 ・ 有　（□生活支援課）　　　認定　支・介（1・2・3・4・5）

（裏）

氏 名：

〈配偶者〉

住 所：

氏 名：

〈本 人〉

住 所：

日

月

年

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。

書

意

同

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

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所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
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。

添付書類

通帳等の写し（本人分・配偶者分）