介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

北斗市長　　様

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	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	
住　　所	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先		
入所(院)年月日（※）	昭・平・令　　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	
	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	住　　所	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	市民税課税　　課税　・　非課税

収入等に関する申告	1段階	□	・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	預貯金等に関する申告		
	2段階	□	・市町村民税世帯非課税者 ・課税年金収入額と合計所得金額と【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		□	単身　650万円以下 夫婦　1,650万円以下
	3段階①	□	・市町村民税世帯非課税者 ・課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80万9千円以上120万円以下		□	単身　550万円以下 夫婦　1,550万円以下
	3段階②	□	・市町村民税世帯非課税者であって、 ・課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120万円 を超えます。		□	単身　500万円以下 夫婦　1,500万円以下

預貯金等に関する申告	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

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

限度額認定証の送付先について希望があればご記入ください。（希望がない場合は、自宅へ送付します。）

□自宅　　□上記申請者住所　　□入所施設
□その他（氏名：　　住所：　　）

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、通帳当の写しを添付してください。

(3) 書き切れない場合は、余白に記入するかまた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。

(5) 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

同　意　書

北斗市長　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。

年　　月　　日

〈本人〉

住　所

氏　名　　印

〈配偶者〉

住　所

氏　名　　印