

様式第35号（第23条関係） 介護保険 負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

南丹市長 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 被保険者氏名			被保険者番号																
			個人番号																
			生 年 月 日		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		配偶者の有無が「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	年 月 日										個 人 番 号									
	住 所	〒 電話番号																			
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	〒 電話番号																			
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

収 入 等 に 関 する 申 告	☐	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82.65万円以下です。 (受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※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。																	
	☐	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82.65万円を超え、120万円以下です。																	
	☐	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。																	
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※ 通 帳 等 の 写 し は 別 添	☐	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歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																	
	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				※内容を記入してください			

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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

- 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。
- 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

南 丹 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、南丹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

<配偶者>

住所

氏名

※本人自署の場合は、押印不要です。