介護保険負担限度額認定申請書

大津市長
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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日		
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※	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	個人番号	
	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80.9万円以下です。（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・准母子年金・遺児年金を含みます。
	□	④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80.9万円を超え、120万円以下です（受給している年金に〇して下さい）※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・准母子年金・遺児年金を含みます。
	□	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。（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・准母子年金・遺児年金を含みます。

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

預貯金等に関する申告	□	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、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	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

申請者氏名　　続柄（　　）	連絡先（自宅・勤務先）	受付	入力処理
申請者住所			
大津市　記入欄　　備　　考			
□第1段階　□第3段階②			
□第2段階　□第4段階			
□第3段階①　□課税層の特例措置			

注意事項

・この申請書における「配偶者」については、住民票の世帯が別になっている配偶者、また内縁関係者を含みます。
・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。
・受付日が6月1日から7月31日までの新規申請につきましては、8月1日からの更新申請としても取り扱います。
・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倍の加算金を返納していただくことがあります。
・添付していただいた通帳等写しの情報は、負担限度額認定に係る審査以外の目的で利用することはありません。
・個人情報の取扱は、大津市個人情報保護法施行条例に基づき適正に行います。

同　意　書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名