

年 月 日

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	年 月 日													
住 所	電話番号													
入所（院）した介護保険施設の所在地および名称（※）														
入所（院）年月日（※）	年 月 日		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合およ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	年 月 日		
	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)	市民税課税状況		課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	☐	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				預貯金等の基準額	1000万円(夫婦は2000万円)以下
	☐	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※1・障害年金】収入額の合計額が、 <u>年額82.65万円以下</u> です。(受給している年金に○してください。) ※1 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。					650万円(夫婦は1650万円)以下
	☐	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、 <u>年額82.65万円を超え120万円以下</u> です。(受給している年金に○してください。)					550万円(夫婦は1550万円)以下
	☐	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、 <u>年額120万円を超えます</u> 。(受給している年金に○してください。)					500万円(夫婦は1500万円)以下
受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。 ☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済							
関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ＊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	本人 円 配偶者 円	有価証券 (評価概算額)	本人 円 配偶者 円	現金・負債 その他	本人 円 配偶者 円	

◎申請者が被保険者本人である場合は、下記の欄は記載不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号		

※注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者また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、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (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、支給された額および最大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

鯖江市長 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、私およ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

（自署するときは、押印不要です。）

〈配偶者〉

住所

氏名

印

（自署するときは、押印不要です。）