

美濃加茂市長（氏名）宛

申請日： 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	印		個人番号															
*署名又は記名押印																		
生年月日	年 月 日		性別															
住 所	〒 ー		電話番号（ ） ー															
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 ー		電話番号（ ） ー															
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、記入不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	☐ 被保険者と同じ 〒 ー					
	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	☐	生活保護受給者				預貯金等の基準額	預貯金等の要件なし
	☐	市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者					単身 1,000 万円 (夫婦 2,000 万円) 以下
	☐	市町村民税世帯非課税	課税年金収入額 + その他の合計所得金額 + 非課税年金収入額 【遺族年金※・障害年金】 合計額 (受給している年金に ○してください) ※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。	年額 80.9 万円以下	単身 650 万円 (夫婦 1,650 万円) 以下		
	☐			年額 80.9 万円超 120 万円以下	単身 550 万円 (夫婦 1,550 万円) 以下		
	☐			年額 120 万円超	単身 500 万円 (夫婦 1,500 万円) 以下		
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					65歳未満の人 単身 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下
	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

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、その全てを記入してください。

(3) 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。

(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。

裏面に続く

同意書

裏面

美濃加茂市長（氏 名） 宛

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

*署名又は記名押印

< 配偶者 >

住 所

氏 名 印

*署名又は記名押印

（市記入欄）

本人の状況	・生活保護 ☐ 有 ☐ 無 ・高齢福祉年金 ☐ 有 ☐ 無 ・市町村民税 ☐ 世帯課税 ☐ 世帯非課税
配偶者の状況	☐ 無 ☐ 有（市町村民税非課税） ☐ 有（市町村民税課税）
預貯金等	☐ 基準額 以下 ☐ 基準額 超え
適否	☐ 該当 ☐ 非該当
利用者負担段階	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3－① ☐ 3－② ☐ 4以上
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日

決裁欄	起案	年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担 当 者
	決裁	年 月 日					
	施行	年 月 日					