

-記入方法-

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 伊勢市長

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	
生年月日			
1 住所			
(※) 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称			
入所(院)年月日(※)	年 月 日		

個人番号は確認できる書類(通知カード、個人番号カード又は個人番号が記載された住民票写し)を提出時に提示してください。郵送の場合は写しを添付してください。

個人番号が把握できない場合は、個人番号欄を空欄のまま提出してください。

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。
2 配偶者に関する事項		
フリガナ		
氏名		
生年月日		
住所		
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	

配偶者の有・無は必ずどちらかに○をしてください。

世帯分離している配偶者及び婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者についても記入が必要です。

3 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税年額80万円未満 <input type="checkbox"/> 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80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
-------------	---	---

③該当する欄の「□」にチェックを入れてください。
※非課税年金(遺族年金、障害年金)は受給している年金及び年金の保険者に○をしてください。

4 預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 預貯金額	
--------------	---	--

④「□」にチェックされた方は、預貯金額・有価証券・その他欄に記入し、記入した金額等が分かる通帳等写しを添付してください。

※②で配偶者、有に○をされた方は、配偶者の通帳等写しも必要です。

5 申請者氏名	
申請者住所	

※通帳等写しは、記帳等をしていただき最新の情報にしてください。(少なくとも直近2か月分は必要となります。)また、金融機関名、口座名義人及び定期預金のページも添付が必要ですので、ご注意ください。

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、そのすべてを記入してください。
- 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。

⑥※同意書(申請書裏面)についても記入・押印をお願いします。

-お知らせ-

修正申告等で住民税の変更があると、負担限度額認定の決定も遡って変更となることがあります。この場合、負担限度額の申請日に遡って負担限度額の決定が変更となりますが、申請を行っていない方については遡ることができませんので、申請手続きの際はご注意ください。