

上田市 介護保険負担限度額認定申請書

事業者名
担当者名

令和 年 月 日

上田市長 宛

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の申請をします。

被 保 険 者 氏 名		保険者名	上田市	保険者番号	2 0 2 0 3 6
フリガナ		被保険者番号			
(印)		個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別		男 ・ 女	
住 所	〒 連絡先（電話）				
介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先（電話）				
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（電話）			
	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		(○で囲んでください)		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1 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	受給している全ての年金の保険者に○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		
	<input type="checkbox"/>	2 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80万円以下です。 (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。以下同じ。			
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超えます。 (受給している年金に○してください)			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）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) ※

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

※注意事項

(申請日の直近2ヶ月以内の写し)

- 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。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、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。

※裏面、同意欄のご記入および捺印をお願いいたします。

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）に私および配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ）の課税状況、その他必要事項、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、照会することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名



<配偶者>

住 所

氏 名



上田市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	1 要介護認定	済	・ 未
認定期間	2 市町村民税課税状況	課税世帯	・ 非課税世帯
年 月 日	3 配偶者の課税状況	課税	・ 非課税
~	4 所得・年金状況(本人のみ考慮)	80万円以下	・ 80万円超
年 月 日	5 資産の勘案	有	・ 無
認定証有効期間	6 非課税年金受給	有	・ 無
年 月 日	7 老齢福祉年金受給	有	・ 無
~	8 生活保護受給	有	・ 無
年 月 日	9 境 界 層	該当	・ 非該当
申請審査	負担段階	決定通知番号	その他
該 当	第 段階	号	
非該当			