

# 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	フリガナ	保険者名	上田市	保険者番号	2 0 2 0 3 6
		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日	明・大・昭	年		月	日
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」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
	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			
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※ 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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	④ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。			
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①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
	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、下記の欄は記載不要です。)

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ヶ月以上、年金受給部分の写し)

- 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、同意欄のご記入をお願いいたします。

# 同意書

上田市長 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。）に私及び私の配偶者（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、上田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。

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)	80万9千円以下・80万9千円超120万円以下・120万円超		
年 月 日	5 預貯金等基準額超過	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	第一確認者	第二確認者
該 当	第 段階	号		
非該当				