

介護保険 負担限度額 認定申請書
特定負担限度額

令和 年 月 日

いわき市長 様

注意 □のある欄は、該当する箇所に $\blacktriangle$ 印を付けてください。

申請者	氏名					被保険者との関係					
	住所	電話番号									
申請区分	□負担限度額（□市町村民税課税層における特例減額措置） □特定負担限度額										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	年 月 日			
	氏名 (個人番号)	()									
	住所	電話番号									
配偶者	配偶者の有無	□有 □無					市町村民税	□課税 □非課税			
	フリガナ						生年月日	年 月 日			
	氏名 (個人番号)	()									
	住所	電話番号									
収入及び資産の申告	収入等に関する申告	□	生活保護受給者又は市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者								
		□	市町村民税非課税世帯の者であって課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金【□遺族年金 □障害年金】収入額の合計が <u>82.65万円以下</u> のもの								
		□	市町村民税非課税世帯の者であって課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金【□遺族年金 □障害年金】収入額の合計額が <u>82.65万円を超え、120万円以下</u> のもの								
		□	市町村民税非課税世帯の者であって課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金【□遺族年金 □障害年金】収入額の合計額が <u>120万円を超える</u> もの								
	預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計					円				
		預貯金額	円		有価証券	円		その他現金等	円		
介護保険施設	介護保険施設への入所	□有 □無					入所年月日	年 月 日			
	入所施設の名称及び所在地	電話番号									
	入所する居室の種別	□ユニット型個室 □ユニット型個室的多床室 □従来型個室 □多床室									

備考 1 被保険者証を提示してください。
2 この様式における「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。
3 預貯金等については、全ての通帳等の写しを添付してください。
4 書ききれないときは、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
5 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、介護保険法第22条第1項の規定により、支給された額及び最大2倍の加算金を納めていただくことがあります。

※ 結果通知を被保険者以外の住所に希望する場合に記載してください。
□ 申請者
□ その他 → 住所：〒 _____ 宛名： _____

(裏面)

同 意 書

いわき市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署若しくは年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（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。）の課税状況又は保有する預貯金の残高、有価証券等について照会することに同意します。

また、いわき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

※申告が必要な資産

種類	対象	添付書類
預貯金（普通・定期）	○	通帳の見開き部分と最終残高を含む直近2か月の取引履歴の写し等
有価証券	○	証券会社や銀行等の口座の写し等
金・銀等	○	購入先の銀行等の口座の写し等
投資信託	○	銀行・証券会社等の口座の写し等
タンス預金	○	自己申告
負債・借金	○	借用証書等
生命保険	×	
自動車・土地	×	
貴金属・絵画・骨董品	×	