別記様式第27号（第25条第1項関係）

介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

留　萌　市　長　　様

年　　月　　日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

申請者氏名	本人との関係
申請者住所	連絡先（自宅・勤務先）

申請者が被保険者本人の場合には、上記については記入不要です。

フ　リ　ガ　ナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生　年　月　日	年　　月　　日	性　　別	男　・　女
現　住　所	〒　　TEL		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒　　TEL		
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			
世　帯	住民登録上	同一世帯　・　別世帯（市内在住）　・　別世帯（市外在住）	
フ　リ　ガ　ナ		生年月日	年　　月　　日
氏　名		被保険者番号	
		個人番号	
現　住　所	〒　　TEL		
1月1日時点の住所（※）	〒	（※）現住所と異なる場合にご記入ください。	
課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	
□	生活保護受給者又は、市町村民税非課税者のみの世帯で老齢福祉年金受給者です。
□	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】等の合計額が**年額８０．９万円以下**です。 ※　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。
□	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】等の合計額が**年額８０．９万円超１２０万円以下**です。
□	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】等の合計額が**年額１２０万円を超えます。**

預貯金等に関する申告			
1. 預貯金、有価証券等の金額の合計が		受給している全ての年金にチェックを入れてください	
□	1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）**以下**です(第1段階)	□	**日本年金機構**
□	650万円（夫婦の場合は1,650万円）**以下**です(第2段階)	□	**地方公務員共済**
□	550万円（夫婦の場合は1,550万円）**以下**です(第3段階①)	□	**国家公務員共済**
□	500万円（夫婦の場合は1,500万円）**以下**です(第3段階②)	□	**私学共済**

2. 預貯金、有価証券にかかる通帳などの写しは別紙のとおり

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	円

注１）介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に被保険者及び配偶者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等について、照会を行うことがあります。

注２）配偶者が留萌市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注３）預貯金等については通帳等の写しを添付してください。

注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。

結果送付先	現住所　・　申請者住所　その他（※）　〒

（※）その他の場合にご記入ください。

留萌市記入欄

交付年月日	備　　考
年　　月　　日	□本人世帯非課税　　□配偶者（無・非課税）
有効期間	□預貯金額基準以下
年　月　日～　年　月　日	□第　段階　（　　円）　□却下（　　のため）

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者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等について、照会することに同意します。

年　　月　　日

＜本　人＞

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

＜配偶者＞

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印