

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先） 伊 賀 市 長 令和 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		個人番号	*	*	*	*	記	載	不	要	*	*	*	*						
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生																
住 所																				
	電話番号（ ） —																			
入所（院）した 介護保険施設の所在 地及び名称（※）	所在地 名 称																			
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	日生	個人番号	*	*	*	*	記	載	不	要	*	*	*	*		
	住 所	(□申請者と同じ) 電話番号（ ） —																		
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合に記入)																		
	課税状況	市民税 □ 課 税 ・ □ 非課税 ※配偶者が伊賀市以外の市町村に居住している場合は、税証明を添付してください。																		

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」には、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。
- (2) 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

提出者が本人である場合には、提出者欄について記入は不要です。

提出者氏名	本人との関係
提出者住所	連絡先

◎裏面（収入等に関する申告）もありますので、裏面も必ずご記入下さい。

伊賀市記入欄						
審 査	本人世帯	非課税・課 税	決 定		備 考	
	配 偶 者	非課税・課 税	承 認 ・ 却 下			
	資 産	範囲内・超 過				
交 付 年 月 日			適 用 年 月 日		有 効 期 限	
年 月 日			年 月 日から		年 月 日まで	

○収入等に関する申告

▼本人の収入状況

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
<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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい) ※ 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"/>	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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)
<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 120 万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい)

受給している全ての年金の保険者に○をして下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

▼本人及び配偶者の預貯金等の状況（生活保護受給者は以下の記載を省略できます。）

種類	有無	氏名（口座名義）	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金 （定期預金等 を含む）	□有 □無		（ 支店）	円
			（ 支店）	円
			（ 支店）	円
			（ 支店）	円
			（ 支店）	円
			（ 支店）	円
			（ 支店）	円
有価証券等 （株式・国債等）	□有 □無	氏 名	種 類	評価概算額
				円
				円
				円
その他 （負債・現金等）	□有			円
	□無			円
注意事項			合 計	円

- (1) 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全てを記入してください。
- (2) 配偶者がいる場合は、配偶者の預貯金等も合わせて記入し、添付書類も添えてください。
- (3) 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。
- (4) 預貯金額等については、内容を金融機関等に照会することがあります。必ず別紙同意書を記入の上添付して下さい。
- (5) 虚偽の申請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。

市役所整理欄				
	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②
単身	1000 万円以下	650 万円以下	550 万円以下	500 万円以下
夫婦	2000 万円以下	1650 万円以下	1550 万円以下	1500 万円以下