第９号様式（第７条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

特例減額措置

（申請先）四 日 市 市 長　　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	
生年月日	年　月　日生		
住所	〒　TEL:		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	□1.介護老人福祉施設（特養） □2.介護老人保健施設 □3.介護医療院 〒　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を利用している場合には、**記入は不要**です。	

配偶者の有無		有　・　無	左記において「無」の場合には、以下の「配偶者に関する事項」について、**記入は不要**です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		課税状況	市町村民税：　課税　・　非課税
	氏名			
	生年月日	年　月　日生	個人番号	
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒　TEL:		
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	〒		

収入等に関する申告	□	①－（1）生活保護受給者又は①－（2）市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。
	□	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82.65万円以下です。（受給している年金に○してください。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。
	□	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82.65万円を超え、120万円以下です。
	□	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 ※通帳等の写しは別添	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が、第1号被保険者（65歳以上）の①－（2）の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）、②の場合は650万円（同1,650万円）、③の場合は550万円（同1,550万円）、④の場合は500万円（同1,500万円）以下です。 第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。

a.預貯金額（普通・定期等）	円	**b.**有価証券（評価概算額）	円	**c.**その他（現金・負債を含む）	（　　）※ ※内容を記入してください 円

市記入欄（これより下は記入不要）

≪裏面も記入してください≫

a.b.c.の合計＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

□ 承認	□ 第＿＿段階 適用開始：　年　月　日～	市受付印
□ 不承認	□預貯金等超過　□世帯の年間収入から施設の利用料を除いた額が82.65万円超 □介護保険料滞納　□その他（　　）	

第９号様式（第７条関係）

同　意　書

四 日 市 市 長

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。）と私の世帯員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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者と私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年　　月　　日

被保険者本人	住 所	
	氏 名	㊞　※本人自署の場合は押印不要です。
配偶者	住 所	
	氏 名	㊞　※本人自署の場合は押印不要です。

※世帯員の方の同意をいただく場合は、別途介護保険課からご連絡いたします。

被保険者本人以外の方が記入した場合、下記もご記入ください。

代 筆 者	住 所		電話番号	
	フリガナ		本人との続柄	
	氏 名			
	介護事業所の職員が代筆者の場合、介護事業所の名称を記入してください。			

【注意事項】

(1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)預貯金等について、複数の口座を保有している場合は、そのすべてを申告してください。また、通帳等の写しを添付してください。

(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)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。

【問い合わせ先】
〒510－8601
四日市市諏訪町1番5号
四日市市役所　介護保険課
TEL　059-354-8190
FAX　059-354-8280