第21号様式の３（第17条の３関係）

介護保険負担限度額認定申請書

（宛先）春日井市長

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |
|  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 入所（院）年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | 有　　・　　無　 | 「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ氏名 |  |
|  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 | 〒 | 連絡先 |
|  |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 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 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者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（受給している年金に〇をしてください）の合計額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 預貯金等に関する申告（夫婦の場合は合計額） | 預貯金額　　　　　　　　円※別紙に記入してください。 | 有価証券（評価概算額）　　　　　　　円 | その他（現金・負債を含む）（　　　　　　　　　）円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先 |
| 申請者住所〒 | 本人との関係 |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -ここからは記入しないでください- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 同意書確認 | 配偶者課税状況 | １段階　1,000/2,000 | ２段階　650/1,650 | 転入有・無 | 入力 | 認定証交付 | 内容確認 |
|  |  | 課　税非　課　税 | ３①段階　550/1,550 | ３②段階　500/1,500 |  |  |  |
| 対象外 |

同　意　書

（宛先）春日井市長

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。）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、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。

年　　　月　　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名