

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○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	有価証券 （評価概算額）	その他（現金・負債を含む） 円

※別紙に記入してください。

申請者氏名	連絡先	
申請者住所 〒	本人との関係	

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	3 ①段階 550/1,550	3 ②段階 500/1,500				
		非 課 税	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