

**表面**

**介護保険負担限度額認定申請書**

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (同一世帯の場合記載不要)
	住所： 連絡先： ( ) 氏名： (本人との関係： )		被保険者 本人氏名 <span style="float:right">㊟</span>  (本人自署の場合は押印不要)

フリガナ		保険者番号	192104
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	(大・昭) 年 月 日	電話番号	
住所	〒		
(※)介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号 (※)介護保険施設に入所(院)しない場合、記入は不要です。(ショートステイ利用の場合も記入は不要です)		
(※)入所(院)年月日	(昭・平・令) 年 月 日		
負担限度額申請事由	<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 2 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80万円以下 <input type="checkbox"/> 3 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 4 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 120万円超		

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者が「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	生年月日	大・昭 年 月 日
	氏名	個人番号	市民税課税状況 課税 ・ 非課税
	住所	〒 電話番号	
現在の住所	〒 (現住所と異なる場合)		

甲斐市長 様  
 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  
 令和 年 月 日  
 申請者  
 (被保険者) 氏名 被保険者との関係( 本人 )

市町村記入欄

交付年月日	備考	受付者:
	(所得分布の状況等を記入)	受付
適用年月日	非 課 人 世帯員 非 課	
	課年	
有効年月日	滞 生	
	遺年 障年 所	
	資産合計	

裏面もご記入ください

# 裏面

非課税年金に関する申告(□の中に✓を付けてください)

非課税年金  
(遺族年金・障害年金)を

- 受給している【遺族年金・障害年金】(どちらかに○してください)  
 受給していない

## 預貯金に関する申告

	氏名	金融機関名	金額
預貯金額			円
			円
			円
			円
			円
			円
	氏名	種類	金額
有価証券 信託・現金 負債等			円
			円
			円

## 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について、照会することに同意します。  
また、甲斐市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

《本人》

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

《配偶者》

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※提出者の本人確認のため、官公署発行の写真付き身分証(運転免許証、個人番号カード、居宅介護支援専門員証等)の提示をお願いします。

※介護保険被保険者証を必ず持参して下さい。