市町村受付印　　広域受付印

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生		
住所 （施設入所前住所を記入）	〒 電話番号　（　　）		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号　（　　）		
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		個人番号	
		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生
住所 （施設入所前の住所を記入）	〒 電話番号　（　　）		
課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万 1 円以上 **（受給している年金に○をしてください。）** ※　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。
	□	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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9 千 1 円以上 120 万円以下 **（受給している年金に○をしてください。）**
	□	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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9 千円以下 **（受給している年金に○をしてください。）**
	□	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
預貯金等に関する申告	□	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し（夫婦の場合２名分）は別添のとおり

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債など）	内容（　　）円

北アルプス広域連合長　　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。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　（続柄　　）電話番号　（　　）

注　意　事　項　　**裏面「同意書」も記入してください。**

（１）　この申請書における「配偶者」については、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）　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所持している場合は、そのすべてを記入してください。
また、預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写し（夫婦の場合２名分）を必ず添付してください。

（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。

広域連合記入欄	交付年月日	備考
	年　月　日	（所得分布の状況等を記入）
	適用年月日	
	年　月　日から	
	有効期限	
	年　月　日まで	

	申請内容確認		広域連合決裁欄						
	市町村	広域	主務	課内合議	係長	課長	事務局長	連合長	起案　・　・
担当者印	・　・	・　・							決裁　・　・
									施行　・　・

同　意　書

北アルプス広域連合長　様

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私の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、北アルプス広域連合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