

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

(宛先) 中間市長

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			被保険者番号											
被保険者氏名			個人番号											
生年月日	年	月	日生	性別	男・女									
住所	〒 電話番号 ()													
入所(院)した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	日生	(※)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	-----													
	生年月日	年	月	日生	個人番号										
	住所	-----													
	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	<input type="checkbox"/>	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										受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が年額80万以下です。(受給している年金に○して下さい) <small>※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。</small>												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が年額80万を超えます。(受給している年金に○して下さい)												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳の写しは別添のとおり												
	預貯金額	円		有価証券(評価概算額)	円		その他(現金・負債を含む)	円						

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

保険者記入欄

本人	要介護度	給付制限	生活保護	課税状況	合計所得金額	配偶者	配偶者の有無	配偶者の課税状況
	支・介()	有・無	有・無	課・非	円 (80万円 □以下 □超)		有・無	課・非
預貯金等の状況	円 〔 1000万円 □以下 □超 〕 世帯状況				課税・非課税			
					課税・非課税			
					課税・非課税			
利用者段階		第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階						
交付年月日		年 月 日	適用年月日		年 月 日から 年 月 日まで			
個人番号		<input type="checkbox"/> 個人番号カード 又は 写し <input type="checkbox"/> 通知カード 又は 写し <input type="checkbox"/> 住民票 又は 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 記載拒否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()						

同 意 書

(宛先) 中 間 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、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

注意事項

- (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ものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類に預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。