

介護保険負担限度額認定申請

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/>	1:本人(被保険者)が生活保護受給者/2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者
		<input type="checkbox"/>	3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。
		<input type="checkbox"/>	4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下
		<input type="checkbox"/>	5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える
	本人及び配偶者の預貯金額	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1000万円(夫婦は2000万円)、3の方は650万円(同1650万円)、4の方は550万円(同1550万円)、5の方は500万円(同1500万円)以下 ※ 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、3~5の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下

被保険者の情報	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	被保険者氏名																					
	住所	郵便番号																				
	電話番号																					
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)している <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ																				
	入所(院)している介護保険施設の名称																					
	介護保険施設の所在地	郵便番号																				
	入院(所)年月日	年 月 日																				

提出代行者の情報	提出代行者の氏名											被保険者との関係										
	事業所の名称											事業所の種別										
	住所	郵便番号																				
	電話番号																					

配偶者の情報	配偶者の有無														
	個人番号														
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	配偶者の氏名														
	配偶者の所在地	郵便番号													
	配偶者の本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	郵便番号													

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況											
	配偶者の市町村民税の課税状況											
	本人の基礎年金番号											
	年金の種類											
	本人の1年間の年金収入金額											
	本人の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額										
		有価証券評価概算額										
		その他(負債等)額										
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額										
有価証券評価概算額												
その他(負債等)額												

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。