

介護保険負担限度額認定申請書

大 川 市 長

申請日 年 月 日

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										
住 所	連絡先 ()												
入所(院)している 介護保険施設の名称 (※)	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) 連絡先 ()												
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。配偶者には世帯分離をしている配偶者や内縁関係の方も含まれます。												
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号										
	氏 名			課税状況(住民税)	課税 ・ 非課税									
	生年月日	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)													

収入等および 預貯金等に関する申告 該当する所にチェックをしてください。 <small>※遺族年金は、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。</small>	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者								非課税年金の種類
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者であって、 <input type="radio"/> 課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金*・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。 <small>(受給している年金に○してください)</small> <input type="radio"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。 <small>※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。</small>								<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり <small>↓ 被保険者本人が非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給している場合は、該当する年金を○で囲んでください。</small>
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者であって、 <input type="radio"/> 課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金*・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円超え120万円以下です。 <small>(受給している年金に○してください)</small> <input type="radio"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。 <small>※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。</small>								・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"/>	住民税世帯非課税者であって、 <input type="radio"/> 課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金*・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 <small>(受給している年金に○してください)</small> <input type="radio"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下です。 <small>※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。</small>								
		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	(内容記入)		
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり										

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(日中連絡がとれるところ)
申請者住所	本人との関係

結果送付先 (その他の場合は送付先を記入)	自 宅	その他	受付時確認
送付先住所・宛先	〒		<input type="checkbox"/> 配偶者の有無
			<input type="checkbox"/> 通帳の写し(本人・配偶者)
			<input type="checkbox"/> 同意書の記入

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(配偶者含む)。
- (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。

(裏面もあります)

同意書

大川市長 殿

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

署名欄	本人	住所
		氏名
		(代筆) <small>本人との関係</small> ()
	配偶者(内縁関係の者も含む)	住所
		氏名
		(代筆) <small>本人との関係</small> ()

※署名は本人が記入して下さい。本人が自署できない場合は代筆でもかまいません。

市記入欄

交付年月日		審査			
年 月 日	<input type="checkbox"/> 生保	無・有	(所得分布の状況等を記入)		
適用年月日	<input type="checkbox"/> 本人世帯	非課税・課税			
年 月 日	<input type="checkbox"/> 配偶者	非課税・課税			
有効期限	<input type="checkbox"/> 資産	範囲内・超過			
年 月 日	<input type="checkbox"/> 非課税年金	無・有			
		合計所得			
		課税年金収入			
		非課税年金収入			
年 月 日		利用者負担 第 段階に該当			
決裁欄	課長	課長補佐	係長	係	