

介護保険負担限度額認定申請書

豊後高田市長 様 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		保険者番号		4	4	2	0	9	5
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	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		※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」の場合には、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			市町村民税	課税 ・ 非課税
	配偶者氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	住所	〒 電話番号			
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)				

非課税年金の有無	有 ・ 無	種別	遺族年金 ・ 障害年金		※非課税年金「有」の場合は、種別・保険者の該当するものに○をしてください。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。
		保険者	日本年金機構・国家公務員共済 地方公務員共済・私学共済		
収入等に関する申告	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者			
	☐	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非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円以下です。預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。			
	☐	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非課税年金収入額の合計額が年額82.65万円を超120万以下です。預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。			
	☐	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非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。			
預貯金等に関する申告	預貯金額		有価証券(評価概算額)		その他(現金・負債を含む)
	円		円		円
申請者氏名 本人との関係					
申請者住所 〒 電話番号					
決定通知等送付先	1. 施設又は事業所 (名称:) 2. 申請者住所 3. 本人住所				

注意事項 ●預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。

(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有している場合は、そのすべてを記入してください。

(3)書ききれない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入のうえ、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。

(5)配偶者に関する事項・収入等に関する申告・預貯金等に関する申告に変更がある場合は、改めて申請する必要があります。

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、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況、非課税年金額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、豊後高田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。

豊後高田市長 様

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名
