

介護保険負担限度額認定申請書

西之表市長 様

令和 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	6	2	1	3	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	〒 - 連絡先										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先										
入所(院)年月日(※)	令和	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										
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	個人番号							
	住所	〒 西之表市 連絡先									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒									
	課税状況	市町村住民税 課税 ・ 非課税									
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者 / ②市町村住民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/> ③市町村住民税世帯非課税者であって、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80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※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。										
	<input type="checkbox"/> ④市町村住民税世帯非課税者であって、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、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額【遺族年金※・障害年金】その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
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②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。										
	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は、下記について記載は不要です。

申請者氏名		電話番号	
申請者住所		本人との関係	

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の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。
- 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。
- 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。

市記入欄

受付日	区分	課税 ・ 非課税	決裁欄			
	判定結果	1・2・3①・3②・非該当	課長	補佐	係長	係
	決定年月日	令和 年 月 日				
	適用年月日	令和 年 月 日				
	有効期限	令和 年 7月31日				

同意書

西之表市長 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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所 _____

氏 名 _____

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____

市記入欄

	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類	
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点
<input type="checkbox"/> 代理人 → <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 （代理権 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 確認） <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他	2点	
<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 （介護事業所の職員等）	<input type="checkbox"/> 提示が困難		