

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先)

年 月 日

愛西市長

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																	
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(※)			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。															

配偶者に関する事項	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。																
	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日			年 月 日		個人番号														
	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)																			
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"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である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○を付けてください。以下同じ。) ※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120万円を超えます。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写し別添	<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1000万円(夫婦は2000万円)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には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)																		
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。
- 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。

預貯金等に関する申告書

●現金及び預貯金額

	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象者	残高
1					本人・配偶者	円
2					本人・配偶者	円
3					本人・配偶者	円
4					本人・配偶者	円
5					本人・配偶者	円
6					本人・配偶者	円
7					本人・配偶者	円
現金等					被保険者(本人)	円
					配偶者等	円
合計①						円

●有価証券等

	金融機関等名	支店名	種別	口座名義人	対象者	残高
1					本人・配偶者	円
2					本人・配偶者	円
3					本人・配偶者	円
合計②						円

●その他(負債)

	貸主	名目	対象者	残高
1			本人・配偶者	円
2			本人・配偶者	円
3			本人・配偶者	円
合計③				円

※ 書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。

同意書

愛西市長殿

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>

<配偶者>

住所

住所

氏名

氏名

(代筆者氏名:)

続柄:)

(代筆者氏名:)

続柄:)

愛西市確認欄

書類 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等 <input type="checkbox"/> 非課税年金の受給 (有・無)			発行	入力
<input type="checkbox"/> 該当 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当				
所得状況 第 段階	転入者であるかどうか	有 (/ 転入) 無		
要介護認定日(年 月 日) 要介護状態区分() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)			受付	確認
給付制限 有・無	生活保護受給 有・無	資産状況		
期間(~)	期間(~)	合計 円		
本人世帯 課税・非課税	配偶者課税状況 課税・非課税	老齢福祉年金受給 有・無		