介護保険負担限度額認定申請書

様式1

フリガナ 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		
入所している介護保険施設	※介護保険施設に入所しない場合やショートステイのみの場合記入不要 〒 入所日:　年　月　日		
配偶者 有・無 ※内縁関係含む ※無しの場合、右欄は記入不要	フリガナ 氏名	生年月日	明・大・昭　年　月　日
		個人番号	
	配偶者住所（被保険者住所と異なる場合に記入）		
	配偶者の市民税課税状況　課税・非課税		
結果通知送付先 （希望を〇で囲む）	・被保険者住所　・申請者住所　・介護保険施設 その他（　）		
収入等に関する申告 ※必ず記入してください	□ 生活保護受給者/老齢福祉年金受給者（市民税非課税世帯）です □ 市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額と 【 老齢年金 ・ 遺族年金 ・ 障害年金 】収入額の合計が、年額 【 80.9万円以下 ・ 80.9万円以上120万円以下 ・ 120万円以上 】 ※【 】内は、該当するものを全て〇で囲んでください。 遺族年金には、寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児の各年金を含みます。		

新見市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて、食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。

令和　年　月　日

申請者　住所　〒

氏名　　電話番号

本人との関係

※裏面も必ずご記入ください

市記入欄	世帯	課税・非課税	生保・老福				課税年金収入額　円
交付年月日	配偶者	課税・非課税・なし					非課税年金収入額　円
年　月　日	預貯金	基準以上　基準未満					合計所得金額　円
有効期限	年　月　日～　年　月　日						
判定	処理欄	課長	課長補佐	係長	主任	係	決裁 / 入力処理
1・2・3①・3② 非該当							令和　年　月　日起案 令和　年　月　日決裁

預貯金等に関する申告 ※必ず記入してください	□ 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
	名義（該当に〇）	金融機関・支店名	金額
普通預金	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
定期預金等	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
有価証券 （株・国債など）	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
現金	本人・配偶者		円
	本人・配偶者		円
		合計	円

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）書き切れない場合は、余白に記入するか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。

同意書

新 見 市 長　様

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