

介護保険負担限度額認定申請書

様式1

フリガナ			被保険者番号																
被 保 険 者 氏 名			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利用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		生年月日		明・大・昭 年 月 日														
	氏名		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○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 <u>※必ず記入 してください</u>	☐ 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 【 82.65万円以下 ・ 82.65万円以上120万円以下 ・ 120万円以上 】 <u>※【 】内は、該当するものを全て○で囲んでください。</u> 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 〒 住 所 申 請 者 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	係	担 当	決 裁		入力処理
1・2・3①・3②							令和 年 月 日起案		
非該当							令和 年 月 日決裁		

預貯金等に関する申告	☐ 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		
※必ず記入 してください	名義(該当に○)	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