

### 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大洲市長 様

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の申請をします。

フリガナ 被保険者 氏 名			被保険者番号			
生 年 月 日	年 月 日		個人番号			
性 別	男 ・ 女					
住 所	(〒 - )		電話番号			
介護保険入所 (院)施設の所 在 地 及 び 名 称	所在地	(〒 - )		電話番号		(※)介護保険施設に 入所(院)していない 場合及びショートス テイ利用の方は、記入 不要です。
	名称					
入所(院)年月日			年 月 日			

配偶者の有無	有 ・ 無	<b>「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。</b>				
配偶者に関する 事項	フリガナ			個人番号		
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所 ※同居の場合は 記入不要	(〒 - )		電話番号		
	前年度1月1日現 在の住所 (市外で現住所と異 なる場合)	(〒 - )		左記を記入した場合		
			配偶者の市町村 民税課税状況	課税 ・ 非課税		

収入等に関 する申告 (該当箇所に ☑してく ださい。)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／世帯全員が市民税非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	市民 税 非 課 税 世 帯 全 員 が	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が 年額80万円以下の方			
	<input type="checkbox"/>		合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が 年額80万円超120万円以下の方			
	<input type="checkbox"/>		合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が 年額120万円超の方			
	非課税年金受給	有・無	年金の種類	遺族年金・障害年金	受給額	円
預貯金等 の申告 (夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また、 <b>通帳等の写しを添付して下さい。</b>					
	預貯金額	円	有価証券・ 信託	円	その他(現金・ 負債を含む)	※ 円

※内容をご記入ください。

被保険者以外の方が提出する場合、下記についてご記入ください。

フリガナ			事業所が提出する場 合は名称等を記入	
提出者 氏 名			日中連絡が付く連絡先	
提出者住所			本人との関係	

裏 面 も ご 記 入 く だ さ い

## 同意書

大洲市長 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。

年 月 日

<本人>

住所

---

氏名

---

代筆者

続柄

---

<配偶者>

住所

---

氏名

---

代筆者

続柄

---

※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下さい。
- (3) 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。
- (4) 虚偽の申告により、不正に特定入所者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  ※記入しないでください	交付年月日		備 考	
	年 月 日		(所得分布の状況等を記入) <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当)	
	適用年月日			
	年 月 日			
	有効期限			
	年 月 日			
本人 確 認	被保険者	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )		
	提出者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( )	個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( )