

介護保険負担限度額認定申請書

大洲市長 様

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の申請をします。

フリガナ			被保険者番号									
被保険者氏名												
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		<u>「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。</u>															
配偶者に関する事項	フリガナ									個 人 番 号									
	氏名																		
	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。)	☐	生活保護受給者／世帯全員が市民税非課税である高齢福祉年金受給者										
	☐	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80.9万円以下の方									
	☐		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80.9万円超120万円以下の方									
	☐		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、 <u>通帳等の写しを添付して下さい。</u>											
	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	交 付 年 月 日		備 考	
	年 月 日		(所得分布の状況等を記入) ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 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	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他()	
提出者		☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他()	個人番号	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他()