

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 諫早市長

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	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
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。													
配偶者に関する事項	フリガナ															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭・平	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・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者であり、 預貯金等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※1 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。 また、預貯金等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。※2※3 ※2 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※3 2号被保険者は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。 また、預貯金等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。※2※3												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。 また、預貯金等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。※2※3												
		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 (名称)											連絡先 (自宅・勤務先)
	住所 (所在地)	〒 —										本人との関係

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

諫早市長 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、報告を求めらる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

<配偶者>

住所

氏名

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 諫早市長

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	イサハヤ タロウ		被保険者番号	介護保険証の番号			
被保険者氏名	諫早 太郎		個人番号	マイナンバーの番号			
生年月日	明・大	昭 17 年 4 月 1 日	性	男 ・ 女			
住 所	諫早市東小路町7-1		わからない場合、記入されなくても受付不可とはなりません。記入された場合、受付の際に、別紙の身元確認書類が必要です。窓口までお持ちください。				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	介護施設に入所していない場合は、記入不要です。						
入 所 (院) 年月日 (※)	年 月 日		・同一世帯でない配偶者 ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります。				
配偶者の有無	有 ・ 無		「有」については、記載不要です。				
配偶者に関する事項	フリガナ	イサハヤ ハナコ					
	氏 名	諫早 花子					
	生年月日	明・大	昭・平 18 年 4 月 1 日	個人番号	マイナンバーの番号		
	住 所	諫早市東小路町7-1		連絡先			
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月1日現在の住所が上記と違う場合のみ記入してください。					
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税						
収入・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者であり、預貯金等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 収入・預貯金等について、該当するものに「し点」をつけてください。 収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額を合算し、年額80万円超120万円以下です。また、預貯金等の金額の合計が550万円(夫婦は1,650万円)以下です。※2※3						
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。また、預貯金等の金額の合計が500万円(夫婦は1,550万円)以下です。※2※3						
		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
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(名称)	本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。					本人との関係
	住所(所在地)						

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。
- 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は、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。

裏面の記入もお願いします。

記入例

同意書

諫早市長 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、報告を求めら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。

記入日

年 月 日

<本人>

住所 諫早市東小路町7番1号

氏名 諫早 太郎

<配偶者>

住所 諫早市東小路町7番1号

氏名 諫早 花子