

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日 申請された日にちを記入

書き方見本

(あて先)

羽島市長

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 | ハシマ タロウ | 被保険者番号 | 0 9 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| 被保険者氏名 | 羽島 太郎 | 個人番号 | |
| 生年月日 | 昭和10年 1月 1日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 羽島市竹鼻町55番地 連絡先058-392-1111 | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 特別養護老人ホーム〇〇 連絡先058-392-1111 | | |
| 入所(院)年月日(※) | 令和3年 4月 1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。 | |

申請されるご本人の状況をご記入ください。

| | | |
|-----------|--|--------------------------------------|
| 配偶者の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 | 配偶者の有無に必ず〇をつける |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | ハシマ ハナコ |
| | 氏 名 | 羽島 花子 |
| | 生年月日 | 昭和10年 4月 1日 |
| | 住 所 | 羽島市竹鼻町55番地 連絡先058-392-1111 |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〇〇市△△町□□番地 本年1月1日現在の住所が異なる場合は必ず記入 |
| 課税状況 | 市民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税 | |

配偶者の有無で「有」に〇された方は、必ずご記入ください。「無」の場合、記入は不要です。

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ①生活保護受給者/②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| | <input type="checkbox"/> | ③市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※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。 |
| | <input type="checkbox"/> | ④市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい) |
| 預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券 ④の方は550万円 ※第2号被保険者 夫婦合算の金額を記入 金額については、預貯金等の残高の写しを添付 万円(同1,650万円)、 (現金・負債を含む) 円 |

当てはまるところの□にチェック☑をしてください。年間の合計額は、被保険者本人についてお答えください。

預貯金等について、当てはまれば☑をしてください。☑をした方は、預貯金等の金額の記入をしてください。配偶者有の場合は、夫婦の合算額を記入してください。預貯金等の通帳の氏名・口座番号記載のページと最新の残高が印刷されているページのコピーを添付してください。(配偶者有の場合は、夫婦両方の通帳)

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 ※内容を記載してください

| | |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

「申請書を提出する方」の氏名、住所、連絡先、ご本人との関係をご記入ください。配偶者の方が提出される場合もご提出ください。

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。

※決定後、本人の現住所に送付しますが、送付先を変更したい場合はこちらにその旨ご記入ください。

同意書

(あて先)
羽島市長

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

申請された日にちを記入

<本人>

住所 羽島市竹鼻町55番地
氏名 羽島 太郎

<配偶者>

住所 羽島市竹鼻町55番地
氏名 羽島 花子

申請されるご本人の住所、氏名をご記入ください。

配偶者有の場合は、配偶者の住所、氏名をご記入ください。