

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(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			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生 年 月 日	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	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	市民税 課税 ・ 非課税																	

収入等に関する申告	☐	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																	
	☐	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○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。																	
	☐	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○して下さい)																	
	☐	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○して下さい)																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円) 以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																	
		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

※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

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

(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

<本人>
住所
氏名

<配偶者>
住所
氏名