

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

境港市長 様

裏面の同意書の記入を忘れずに!!

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。

押印忘れずに!!

フリガナ	被保険者番号	0	0	0	0										
被保険者氏名	個人番号														
	性別	男・女													
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日														
住所	連絡先														
入所した介護保険施設の所在地及び名称 ※	入所している場合に記入 連絡先														
入所(院)年月日 ※	昭和 平成	令和	年	月	日	※介護保険施設に入所(入院)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、記入不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ	被保険者番号	0	0	0	0									
	氏名	個人番号													
	生年月日	明治・大正・昭和	配偶者がいる場合に記入												
	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	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 市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※・障害年金】収、 該当個所にチェック 。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子 以下同じ。													
	<input type="checkbox"/> 市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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金 右便り券にかかる通帳等の合計は別添のしおり													
	預貯金金額	通帳残高の合計額を確認後記入してもらおう () ※ 円 (評価概算額) (現金・負債含む)												

※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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	窓口で申請する方についてに記入

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。

同意書

境港市長 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(町村)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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

㊞

<配偶者>

住 所

氏 名

㊞