

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 | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 分からない場合、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、受付の際に別途身元確認書類が必要となりますので窓口までお持ちください。 | | |
| 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 | | | |
| 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 | | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 連絡先 | | |
| 課税状況 | 市町村民税 課税 | ・ | 非課税 | |

・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。

| | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--|----|----------------------------|---------------|
| 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"/> | 該当する項目を選んで印をつけてください。 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税者でない方で、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650万円(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550万円(夫婦は1,550万円)以下です。※2※3 | | | |
| | 負債や現金がある方は、内容(カッコ内)、金額を記入してください。 | | | | |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券(評価概算額) | 0円 | その他(現金・負債を含む) ※内容を記入してください | (現金) ※10,000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) | 本人以外の方が提出する場合のみ記入してください。 | |
| | 住所(所在地) | 本人との関係 | |

ない場合は「0」をご記入ください。(先)

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