

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

中新川広域行政事務組合 管理者

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	(印)			個人番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住所	郵便番号(-)				連絡先										
介護保険施設 の 名称・住所	郵便番号(-)				連絡先										
入所(院)年月日	年 月 日				入所(院)していない場合は記載不要です。										
結果送付先	住所地 介護保険施設				チェックが無い場合は住所(送付先の登録がある場合は送付先)に送付します。										

配偶者の有無 (内縁関係を含む)	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」は記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ				個人番号										
	氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	住所 (被保険者と同住所の 場合記載不要)				連絡先										
	本年1月1日現 在の住所(現住所 と異なる場合)														
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税													

収入に関する申告	生活保護受給者 / 市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者													
	市町村民税非課税世帯者であって、 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80万円以下です。 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。													
	市町村民税非課税世帯者であって、 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。													

非課税年金に 関する申告	受給あり ・ 受給なし	左記において「受給なし」の場合は、以下の「非課税年金の種別」「年金保険者への届出住所」については記載不要です。												
	非課税年金の種別	遺族年金 ・ 障害年金												
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他()												

預貯金に 関する申告 (夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり														
	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)	()					

内容を記入してください。

(中新川広域行政事務組合)記入欄

交付年月日	第1段階	備 考
年 月 日	第2段階	
適用年月日	第3段階	
年 月 日	第4段階	

裏面も記入してください。

同意書

(宛先)

中新川広域行政事務組合 管理者

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、中新川広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

申請者が被保険者本人以外の場合、記載してください。

申請者氏名		連絡先
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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

添付書類

通帳のコピー等(本人分・配偶者分)