

介護保険負担限度額認定申請書

(年8月～)

小郡市長 様

下記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の申請をします。

フリガナ		申請年月日(提出)		年 月 日	
被保険者氏名 (申請者)		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性 別	
住 所		〒 -		電話番号	
介護 保険 施設	所在地	〒 -		種 別	居住環境の区分
	名称	電話番号		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室
入所(院)		年 月 日			
年 月 日		・短期入所(ショートステイ)の場合には記載は不要です			
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	生年月日		明・大・昭 年 月 日生	
	氏 名	個人番号			
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒 -		市町村民税課税 状 況	
	本年1月1日現在の住所 (市外で現住所と異なる場合)	〒 -		課税 ・ 非課税	
収入等に関する申告		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 <input type="checkbox"/> 遺族年金(※)・ <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金にチェックして下さい。) ※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"/> 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 <input type="checkbox"/> 遺族年金(※)・ <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金にチェックして下さい。)		年金 保 険 者	受給している全ての年金の保険者にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
預貯金等の申告(夫婦合計)		預貯金額	円	有価証券・信託等	円
(届出が被保険者以外の場合)		〒 -		その他(現金・負債を含む)	
住所				(内容)	
届出者				結果送付先(いずれかにチェック)	
氏 名		(電話番号)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 届出者 (家族に限る)	
		被保険者との関係()		<input type="checkbox"/> 施設 決定通知書及び認定証を施設へ送付することに同意します。	

(裏面もご記入ください)

※注意事項※

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
- (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。

※提出いただいた書類は、介護保険負担限度額認定のためにのみ使用し、厳正に管理します。

同意書

小郡市長 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、照会す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

印

〈配偶者〉
〒

住所

氏名

印

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他() 代理権の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 通知カード(写) <input type="checkbox"/> 個人番号システム確認 <input type="checkbox"/> その他確認書類() <input type="checkbox"/> 個人番号記載なし
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 【2つ以上提示】 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

状態区分	要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
所得分布の状況等	<input type="checkbox"/> 世帯課税	<input type="checkbox"/> 承認しない(本人 ・ 家族 ・ 配偶者)			
	<input type="checkbox"/> 世帯非課税	預貯金等合計額	<input type="checkbox"/> 承認しない	<input type="checkbox"/> (本人 1,000万円超) <input type="checkbox"/> (本人及び配偶者 2,000万円超)	
			<input type="checkbox"/> 承認する	<input type="checkbox"/> (本人 1,000万円以下) <input type="checkbox"/> (本人及び配偶者 2,000万円以下)	
			合計所得金額と年金収入額の合計		
			第1段階	第2段階	第3段階
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 80万円超	
適用期間	年 月 日 ~ 年 7 月 31 日	決裁欄	担当者		送付チェック
			入力	チェック	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日()