

# 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

シャチハタは不可ですので必ず朱肉を使用する印鑑での押印をしてください。

負担

12桁の個人番号を記載してください。

フリガナ	オゴオリ タロウ	申請年	介護保険被保険者証の番号です。			日
被保険者氏名 (申請者)	小郡 太郎	被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日生	性別	男 ・ 女			
住所	〒838-0198 小郡市小郡255-	介護老人福祉施設にショートステイの場合は「短期入所生活介護」に、 介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院にショートステイの 場合は「短期入所療養介護」にチェックしてください。				
介護保険施設 所在地	〒000-0000 小郡市小郡00-0	種別	<input checked="" 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			居住環境の区分 <input checked="" 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
	電話番号		0942-21-2111			
名称	特別養護老人ホーム○○					
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	婚姻届を提出していない事実婚も配偶者に含みます。				
配偶者に関する事項	フリガナ	オゴオリ ハナコ	生年月日	明・大 昭 ○○年 ○○月 ○○日生		
	氏名	小郡 花子	個人番号			
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒000-0000 小郡市○○ 00-0	市町村民税課税 状	課税	非課税	
	本年1月1日 現在の住所 (市外で現住所と異なる 場合)	〒000-0000 ○○市○○ 00番	住民票上世帯が異なる場合に記入してください。 本人と同居の場合は記入不要です。			
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 <input checked="" 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 checked="" 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。					年金 保 険 者
	<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。)					
預貯金等の申告 (夫婦合計)	預貯金額	3,000,000 円	有価証券 ・信託等	5,000,000 円	その他 (現金・負債を 含む)	100,000 円
(届出が被保険者以外の場合)	住所	〒000-0000	・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額を記入し、通帳等 の写しを添付してください。 ・記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上、添付してください。			
届出者	住所	小郡市小郡255-1	氏名	小郡 次郎 (電話番号) 72-2111	<input checked="" 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。	
実際に手続きされる方でお願いします。 ご家族の場合、ご家族名を記入してください。			結果送付先を施設にする場合、 申請者の印鑑を押印してください。			

(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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

〈本人〉

〒838-0198

住所

小郡市小郡255-1

〈配偶者〉

〒838-〇〇〇〇

住所

小郡市〇〇 〇〇-〇

氏名

小郡 太郎

印

氏名

小郡 花子

印

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

シャチハタは不可ですので必ず朱肉を使用する印鑑での押印をしてください。

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( )
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

この欄は市が記入しますので、何も記入しないでください。

適用期間

～ 年 7 月 31 日

裁欄

入力

エック

年 月 日( )