

介護保険負担限度額認定申請書

(記載例)

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

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 〇年 〇月 〇日生				
住所	〒838-0198 小郡市小郡2 〒〇〇〇-〇〇〇〇 小郡市小郡〇〇-〇 電話番号 0942-21-2111				
介護保険施設	所在地	名称	〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇番 ※被保険者と別世帯で1月1日		
入所(院)年 月 日	令和 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、記載不要です。			
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	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		
	氏名	個人番号			
	住所	市町村民税課税状況	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)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇番 ※被保険者と別世帯で1月1日			
収入等に関する申告	生活保護受給者/市町村民税世帯 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【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。(受給している年金に〇して下さい。) ※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。 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【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。(受給している年金に〇して下さい。) 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ください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
預貯金等の申告(夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入下さい。また、通帳等の写しを添付して下さい。				
	預金	貯金	有価証券・信託等	その他(現金・負債を)	(内容)
	3,000,000	円	5,000,000	円	100,000 円
(届出が被保険者以外の場合)	・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下さい。 ・記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上、添付して下さい。				
届出者住所氏名	結果送付先を施設にする場合、被保険者氏名を署名ください(家族の代筆可) ※署名が難しい場合は押印可です。				
届出者住所氏名	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。 本人署名 ※本人の署名が難しい場合は押印可				

実際にお手続きされる方をお願いします。
ご家族の場合、ご家族名を記入してください。

面もご記入ください)

(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。

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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〈本人〉

T 838-0198

住所

小郡市小郡255-1

氏名

小郡 太郎

〈配偶者〉

₹ 838-0000

住所

小郡市〇〇 〇〇—〇

氏名

小郡 花子

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

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。