

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

柏崎市長

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			年 月 日			
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			市町村民税			
	氏名			課税状況	課税 ・ 非課税		
	生年月日	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)	〒					

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。以下同じ。)※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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。					
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※第2号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。					
	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
※内容を記入して下さい							

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	連絡先(自宅・勤務先)
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保有している場合は、その全てを記入し、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。

市記入欄

・2号被保険者(<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当)	・市民税の状況(●世帯 : <input type="checkbox"/> 非課税 ・ <input type="checkbox"/> 課税 、 ●配偶者 : <input type="checkbox"/> 非課税 ・ <input type="checkbox"/> 課税)
・特例減額(<input type="checkbox"/> 該当 : 要別紙 ・ <input type="checkbox"/> 非該当)	・老齢福祉年金受給者、又は被保護者(<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当) → 該当は、預貯金合計額① ※2号被保険者も①
適用年月日 令和 年 月 日	・合計所得金額と年金収入額の合計額(<input type="checkbox"/> ②80 万円以下 ・ <input type="checkbox"/> ③80 万円～120 万円 ・ <input type="checkbox"/> ④120 万円以上)
有効期限 令和 年 月 日	・預貯金等の合計額(<input type="checkbox"/> ①1,000 万円以下 ・ <input type="checkbox"/> ②650 万円以下 ・ <input type="checkbox"/> ③550 万円以下 ・ <input type="checkbox"/> ④500 万円以下) ※夫婦は 1,000 万円加算
交付年月日 令和 年 月 日	・利用者負担段階(<input type="checkbox"/> 第 1 段階 ・ <input type="checkbox"/> 第 2 段階 ・ <input type="checkbox"/> 第 3-①段階 ・ <input type="checkbox"/> 第 3-②段階 ・ <input type="checkbox"/> 第 4 段階)

※裏面もあります(記入が必要です)

同意書

柏崎市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、以下の項目について同意します。

- 1 保険者が私、私の世帯員及び配偶者の所得の状況等について調査すること。
- 2 私が利用している（利用していた）介護保険施設又は居宅介護支援事業者（所）若しくは介護予防支援事業者（所）に対して、私の氏名、被保険者番号及び決定内容について通知すること。
- 3 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。
- 4 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えること。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名