

介護保険負担限度額認定申請書

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	大・昭	年	月	日	性別	男・女
住所及び連絡先	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(※)				(※)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					
	氏名					
	生年月日	大・昭	年	月	日	個人番号
	住所	〒				
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒				
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税	

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高齢福祉年金受給者				
	<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、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。(受給している年金に○をして下さい。以下同じ。)				
	<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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が ②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は、650万円(夫婦は1,650万円)、 ④の方は、550万円(夫婦は1,550万円)、 ⑤の方は、500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の場合、③～⑤の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。				
	預貯金金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	()※円 <small>※内容を記入してください。</small>

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

保険者記入欄(記入不要)	備考				
適用年月日 令和 年 月 日から	・世帯市町村民税 非課税 ・ 課税 () 確認者 _____ ・預貯金等の合計額 該当 ・ 非該当 ・年間の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計				
有効期限 令和 年 月 日まで	80万円以下・80万円超120万円以下・120万円超 ・生活保護受給 有 ・ 無 ・高齢福祉年金受給 有 ・ 無				
交付年月日 令和 年 月 日まで	利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階① 第3段階② 却下				
	上記の負担限度額認定申請について、別紙のとおり決定してほしいか伺います。				
	課長	課長補佐	係長	課員	担当者

同意書

函南町長 仁科 喜世志 様

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、報告を求めることに同意します。

また、函南町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

⑩

<配偶者>

住所

氏名

⑩

※本人欄、配偶者欄は、それぞれご本人がご記入の上、押印も別々の印鑑をご使用ください。

確認事項チェック欄【町記入欄】

①番号記載：あり なし → そのまま受け取る。その他確認不要。

【確認書類】 ※コピーも可
個人番号カード 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し
住民票記載事項証明書 システム

②提出者：本人 家族（ ）
事業所・施設→法人の契約書・登記事項証明書
法定代理人→登記事項証明書or戸籍謄本
使者（ ） その他（ ）

【対象者本人・代理人確認書類】①また②のどちらか
①個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 パスポート
身体障害者手帳 療育手帳 精神障害保健福祉手帳 在留カード
特別永住者証明書 住基カード
※①はいずれか一つ
②国保・後期高齢者医療被保険者証 高齢受給者証 健康保険証
介護保険被保険者証 介護保険負担割合証 年金手帳 ・年金証書
その他（ ）
※②は2つ以上

③委任状：あり なし →なしの場合 介護被保険者証 医療被保険者証
その他（ ）