

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

高山市長

年 月 日

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 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 性 別 | | 男 | | 女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護 保険施設の所在 地及び名称(※) | 〒 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | 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 | | 預貯金等の 基準額 | 1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下) | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 年額80万円以下です。 | | | 650万円以下 (夫婦は1,650万円以下) | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。 | | | 550万円以下 (夫婦は1,550万円以下) | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。 | | | 500万円以下 (夫婦は1,500万円以下) | | |
| 預貯金等に関する 申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| | 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) |

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 | | | 電話番号(自宅・連絡先) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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所有している場合は、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。

同意書

高山市長 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、報告を求め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

<配偶者>

住所

氏名