

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
あきる野市長 様

食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。また、この申請に係る所得等の調査に同意します。

フリガナ			被保険者番号								
被保険者氏名	①		性別	男 ・ 女							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号						
住 所	〒										
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	(※)ショートステイをご利用の場合は、「ショート」とご記入ください。						

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、記入不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明・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"/>	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					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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Oしてください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。				受給している全ての年金の保険者にO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	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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Oしてください)					
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が1000万円(夫婦は2000万円)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)

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

<<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、支給された額に最大2倍の加算金を加え返還していただくことがあります。

同意書

あきる野市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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

(印)

<配偶者> 住所

氏名

(印)

<代筆者> 住所

氏名

(印)

あきる野市記入欄

交付年月日	所得分布の状況等を記入					
年 月 日	氏 名	(関係)	申告状況	所得状況	課税状況 (非課税理由)	受給状況
		()	有・無	合: 年:	非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福・生保
適用年月日		()	有・無	合: 年:	非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福・生保
年 月 日		()	有・無	合: 年:	非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福・生保
有効期限		()	有・無	合: 年:	非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福・生保
年 月 日	【配偶者の有無】 有・無		【配偶者課税状況】 非・課		【非課税年金受給】 有・無 (遺族・障がい) 【非課税年金収入額】 ()円	合・課・非の合計 <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超
/	預貯金等 合計額	単身()円 夫婦()円			<input type="checkbox"/> 単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下(該当) <input type="checkbox"/> 単身1,000万円超、夫婦2,000万円超 (非該当)	段階

処理欄

調査日	入力	審査結果	利用者負担段階(食費・居住費負担限度額)	施設区分
		該当	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階	①特養 ②老健 ③療養型 ④地域密着 ⑤ショート
		非該当	第4段階(非該当): <input type="checkbox"/> 住民税本人課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税・配偶者が住民税課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税・預貯金等が一定額を超えるため	