

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

令和4年7月1日

(申請先)

南国市長

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。

令和4年度

フリガナ	ナノク タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	南国 太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
生年月日	明・大・昭 11年 1月 1日														
住所	南国市大塚甲0000番地 南国市ハイツ◇◇◇号 連絡先 088-XXXX-XXXX														
入所(院)施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム □□□□ 南国市大塚甲●●●●番地 連絡先 088-△△△-△△△△														
入所(院)年月日(※)	平成29年 1月 1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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。(配偶者については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。)												
フリガナ	ナノク ハナコ		生年月日	明・大・昭 10年 10月 10日											
氏名	南国 花子		課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税											
住所	南国市大塚甲0000番地 南国市ハイツ◇◇◇号 連絡先 088-XXXX-XXXX														
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	高知県高知市本町〇丁目△番□号 高知市アパート●●●号														

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者		預貯金等の基準額	単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下		
	<input checked="" 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下			単身650万円(夫婦1,650万円)以下		
	<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非課税年金収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下			単身550万円(夫婦1,550万円)以下		
	<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非課税年金収入額の合計額が年額120万円超え			単身500万円(夫婦1,500万円)以下		
非課税年金の受給者は、右記の「年金の種類」「年金保険者」について、該当するすべてを○で囲んでください。		年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 ・ <input type="checkbox"/> 障害年金 (※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。)				
		年金保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 ・ <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 ・ <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 ・ <input type="checkbox"/> 私学共済				
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは、別添のとおり				※64歳以下は 単身1,000万円 (夫婦2,000万円)以下	
	預貯金額	3,560,048 円		有価証券(評価概算額)	0 円		その他(現金・負債を含む) (現金)※ 1,000,000 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	南国 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	088-XXXX-XXXX
申請者住所	南国市大塚甲0000番地 南国市ハイツ◇◇◇号	本人との関係	長男

注意事項

- 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。
- 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、そのすべての通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

※ 裏面の同意書に記入をお願いいたします。

同意書

(宛先) 南国市長

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、南国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。

令和4年7月1日

<本人>

住所 南国市大埴甲〇〇〇〇番地
南国市ハイツ◇◇◇◇号

氏名 南国 太郎

<配偶者>

住所 南国市大埴甲〇〇〇〇番地
南国市ハイツ◇◇◇◇号

氏名 南国 花子

市記入欄

身分証確認		添付書類確認	利用者負担段階確認等						
<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>	通帳等の写し 本人(枚) 配偶者(枚)	▶ 世帯及び配偶者の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	▶ 保険料未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ▶ 給付制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ▶ 境界層 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/>	介護 医療 保険証	<input type="checkbox"/>	その他 ()	▶ 資産合計 (円)	<input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> 基準超過			
<input type="checkbox"/>	(その他)			▶ 生活保護・老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 非受給	<input type="checkbox"/> 受給 (⇒第1)			
備考				▶ 年金収入+合計所得金額 (非課税年金も含む)	<input type="checkbox"/> 80万円以下 (⇒第2)	<input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 (⇒第3①)			
					<input type="checkbox"/> 120万円超 (⇒第3②)				
				認定結果	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階①	<input type="checkbox"/> 第3段階②	<input type="checkbox"/> 第4段階
				適用期間	年 月 日 ~	年 月 日			
				通知・交付年月日	年 月 日	通知・交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	