

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 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。

年度

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名											個人番号										
生年月日	明・大・昭	年		月		日															
住所	連絡先																				
入所(院)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。(配偶者については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。)																			
配偶者に関する事項	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年		月		日			
	氏名											課税状況	市町村民税	課税	・	非課税					
	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"/>	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 単身650万円(夫婦1,650万円)以下 単身550万円(夫婦1,550万円)以下 単身500万円(夫婦1,500万円)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80万円超え120万円以下																		
	<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																		
		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	遺族年金※ ・ 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	日本年金機構 ・ 国家公務員共済 ・ 地方公務員共済 ・ 私学共済																
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	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、そのすべての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。

※ 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

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)	<input type="checkbox"/>	()	▶ 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			