

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

水俣市長 様

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	0	0	0	0						
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)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	連絡先												
入所(院)年月日(※2)	昭・平・令		年		月		日	(※1・2)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	明・大・昭		年		月		日	個人番号					
	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)													
課税状況	市町村民税		課税	・		非課税								

収入・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者または、世帯員全員と配偶者が市町村民税世帯非課税であり、老齢福祉年金受給者です。												
	<input type="checkbox"/> ○世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額80万円以下です。【 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> (準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児】 <input type="checkbox"/> ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)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。以下同じ。)												
	<input type="checkbox"/> ○世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額80万円超120万円以下です。【 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> (準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児】 <input type="checkbox"/> ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/> ○世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額120万円を超えます。【 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> (準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児】 <input type="checkbox"/> ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。												
	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)			() (※6)	円

◆第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、利用者負担段階に関わらず、預貯金、有価証券等の金額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下であれば支給対象となります。

※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者記入欄	フリガナ			連絡先(自宅・勤務先)	
	氏名			本人との関係	
	住所				

市 記 入 欄		< 申請 新規・変更(1回目・2回目・3回目) >			
適用期間	生活保護受給	該当 ・ 非該当		配偶者	有 ・ 無
令和 年 月 日	老人福祉年金受給	該当 ・ 非該当		本人	課税 ・ 非課税
~	課税年金収入額	円	合計所得金額	世帯	課税 ・ 非課税
令和 年 月 日	非課税年金収入額	円	計	預貯金等の合計	円
まで	利用者負担	第	段階	確認方法	公簿等 ・ 添付書類

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、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項の規程に基づき、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

水俣市長 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。)に私及び私の配偶者(内縁関係者を含む。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、水俣市の報告要求に対し、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。

令和 年 月 日

<本人>
住所

氏名

<配偶者>
住所

氏名