

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

揖斐広域連合長

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。

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	性別	男・女				
住所	-----									連絡先
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 (※)	昭・平	年	月	日	<small>(※)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。</small>					

配偶者の有無	有 ・ 無			<small>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。</small>							
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高齢福祉年金受給者									
	<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。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> <small>※ 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。以下同じ。</small>									受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
	<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。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>									日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>									
	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 <small>※内容を記入して下さい</small>

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

※申請者が自筆で記入できない場合は欄外に代筆者氏名(続柄)の記入押印してください。

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。

※各町記入欄(ここは記入しないでください)	<input type="checkbox"/>	非課税年金	確	認	者
	<input type="checkbox"/>	年金保険者			

(裏面に続きます)

同意書

揖斐広域連合長 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、揖斐広域連合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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

<代筆者>

住所

氏名

() 印

※本人及び配偶者が自筆で記入できない場合は、代筆者が本人・配偶者及び代筆者欄に記入押印してください。