

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先)金沢市長

年 月 日

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						
被保険者氏名	Ⓜ	個人番号								
生年月日	年 月 日生	性別	男・女							
住 所	〒 TEL:									
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 TEL:									
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 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には、記入は不要です。							

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合には、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。
--------	-------	--------------------------------------------

配偶者に関する事項	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日	年 月 日	個人番号							
	住 所	〒 TEL:								
	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"/>	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。	
(()の受給している年金及び年金保険者に○を付けてください。)	<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80万円以下です。	日本年金機構 地方公務員共済
	<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。	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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 *預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり。			
		①預貯金額(普通・定期等)	円	②有価証券(評価概算額)	円
		③その他(現金等内容を記入してください)	() 円	④負債(内容を記入してください)	() 円

市記入欄(これより下は記入不要)
裏面 同意書も記入してください

決定日: 年 月 日	①②③-④	円	年金振込通帳添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	確認者
承認第()段階	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金(世帯非課税) <input type="checkbox"/> 世帯非課税(年金等年額80万円以下) <input type="checkbox"/> 世帯非課税(年金等年額80万円超) <input type="checkbox"/> 生活保護境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額措置			
	交付年月日	年 月 日		
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
却下	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等1,000万円(夫婦2,000万円)以上 <input type="checkbox"/> 別世帯の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> その他()			

確認欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()	代理	法定・委任状・本人発行
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・()		

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係者を含みます。
- (2)この申請書における「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
- (3)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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4)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。
- (5)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。

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者氏名	TEL :
〒 申請者住所	本人との関係

同 意 書

金 沢 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、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 ⑩

〈配偶者〉 住 所

氏 名 ⑩

提出された個人情報については、介護保険負担限度額認定の業務以外の目的には使用しません。