

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										
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(※)	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			課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税							
	氏 名											
	生 年 月 日	年 月 日生		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)	〒										

収入等に関する申告 (受給している年金に○して下さい)	<input type="checkbox"/>	①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。									
	<input type="checkbox"/>	②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80万9千円以下です。								受給しているすべての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<input type="checkbox"/>	③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80万9千円を超え、120万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	④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120万円を超えます。									
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、第1号被保険者の ①の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、②の場合は650万円(同1,650万円)以下、 ③の場合は550万円(同1,550万円)以下、④の場合は500万円(同1,500万円)以下で、 第2号被保険者(40～64歳)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。										
	a.預貯金額 (普通・定期等)			円	b.有価証券 (評価概算額)			円	c.その他 (内容を記入)	() 円	

市記入欄(これより下は記入不要)

※裏面も記入してください

決定日:	年 月 日	a.b.c.	円	年金振込 通帳添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	確認者	
<input type="checkbox"/> 承認	段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 7月 31日					
<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過(第 段階の資産要件)						
	<input type="checkbox"/> 別世帯の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> その他()						

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	
(署名又は記名押印)	
〈配偶者〉 住 所	
氏 名	
(署名又は記名押印)	

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。

市記入欄（これより下は記入不要）

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・（ ）		