

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											
被保険者氏名		個人番号											
		生 年 月 日											
住 所	〒	電話番号											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒	電話番号											
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												
	氏 名												
	生 年 月 日												
	住 所	〒	電話番号										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	電話番号										
	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"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<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【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 ※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。										
	<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【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)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)		()※	円
※内容を記入してください。												

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	連絡先
申請者住所 〒	本人との関係

注意事項

※裏面も記入してください

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

市記入欄(これより下は記入不要)

決定日	年	月	日	資産額	円	有効期間	年	月	日	から
<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	年	月	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"/> 別世帯配偶者課税	確認者		

同 意 書

(宛先)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・健康保険) ・ 負担割合証		