

介護保険負担限度額認定申請書

福津市長 様

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	⑧					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		（※）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 <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 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"/> 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>																		
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 <small>（評価概算額）</small>	円					その他 <small>（現金・負債を含む）</small>	（ ）※ 円					
※内容を記入して下さい																			

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

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。

（裏面の記入もお願いします）

同 意 書

福津市長 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。）に私及び配偶者（内縁関係のものを含む。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、貴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