

介護保険負担限度額認定申請書

- 令和4年度分 期間:申請月の初日～R5.7.31分
- 令和5年度分 期間:R5.8.1(申請月が9月以降の場合はその月の初日)～R6.7.31分

(申請先) 白杵市長 殿

令和 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	マルタ マルコウ		被保険者番号	000000000000			
被保険者氏名	○田 ○郎		個人番号				
生年月日	明・大・昭 1年 1月 1日						
住 所	〒875-0000						
	白杵市大字白杵00番地		電話番号 0972-00-0000				
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地 白杵市大字江無田00番地						
	名称 特別養護老人ホーム○○苑		電話番号 0972-11-1111				
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令 2年 2月 2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、非課税年金の有無を選択してください。また、「有」の場合は、年金種別を選択してください。				
配偶者に関する事項	フリガナ	マルタ マルコ					
	氏 名	○田 ○子					
	生年月日	明・大・昭 2年 2月 2日		個人番号			
	住 所	〒875-0000 白杵市大字白杵00番地		電話番号			
	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						

非課税年金の有無 (年金種別)	有(遺族年金/障害年金) ・ 無		課税状況				
収入等に関する申告	負担段階		収入区分				
	第1段階	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入額(※)+	80万円以下	単身650万円(夫婦1,650万)以下	
	第3段階 ①	<input type="checkbox"/>		その他の合計所得金額	80万円超 ~ 120万円以下	単身550万円(夫婦1,550万)以下	
第3段階 ②	<input type="checkbox"/>	※非課税年金収入額を含む		120万円超	単身500万円(夫婦1,500万)以下		

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は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに					
	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

申請者氏名	○○ △△		電 話 番 号		
申請者住所	〒 875-0000 白杵市大字白杵0000番地				

【認定結果の送付先】被保険者住所・申請者住所・入所施設・その他〔

- 注意
- 希望する「結果の送付先」を選択してください。
 - その他の場合は住所等を記入してください。
 - 入所施設に在籍している配偶者又は内縁関係者である場合は、そのすべてを記入の上添付してください。
 - 介護保険給付を受けた場合は、給付された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

チェックをつけてください。また本人及び配偶者の預貯金の金額を「預貯金額」欄に正確に記入してください。有価証券やその他資産がない場合は各欄に「0」と記入してください。この欄が正確に記入されていないと認定を受けることができません。

同意書

白杵市長 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、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。

令和 年 月 日

《本人》
住所 白杵市大字白杵00番地
氏名 ○田 ○郎

《配偶者》
住所 白杵市大字白杵00番地
氏名 ○田 ○子

配偶者の住所が本人と同じ場合は「同上」と記入して差し支えありません。

	受付	通帳・定期	送付先	同意書
保険者 確認欄				