

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

中新川広域行政事務組合 管理者

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					(マケパー)個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	市町村民税課税状況				課税・非課税											
住 所	〒()				連絡先															
介護保険施設の名称・住所※	〒()				連絡先															
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は記載不要です。															
結果送付先	<input type="checkbox"/> 住所地				<input type="checkbox"/> 介護保険施設				チェックが無い場合は住所(送付先の登録がある場合は送付先)に送付します。											

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					個人番号														
	氏 名					生年月日	明・大・昭	年	月	日										
	住 所	(被保険者と同住所の場合記載不要)				連絡先														
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合)																		
	市町村民税課税状況	課税・非課税																		

収入に関する申告	①生活保護受給者	市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と非課税年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が																
	②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者	年額80万円以下です。	年額80万円を超え、120万円以下です。	年額120万円を超えます。														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	受給している年金に○をつけてください。 【遺族年金※・障害年金】※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。																	
(夫婦合計) 預貯金に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が																	
	1000万円以下です。(夫婦は2000万円)	650万円以下です。(夫婦は1650万円)	550万円以下です。(夫婦は1550万円)	500万円以下です。(夫婦は1500万円)														
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	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。

※(中新川広域行政事務組合)記入欄※

交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	発送日:	/
第1段階	第2段階	第3段階の1	第3段階の2	第4段階	
備 考					

<裏面もご記入ください。>

同意書

(宛先)

中新川広域行政事務組合 管理者

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、中新川広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、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まいります。

年 月 日

〈本人〉

住 所

氏 名

〈配偶者〉

住 所

氏 名

申請者が被保険者本人以外の場合、記載してください。

申請者氏名		連絡先
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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

添付書類

通帳のコピー等(本人分・配偶者分)