

様式第12号(第25条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

(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                  | ナカニカワ タロウ                                                               | 被保険者番号     | 0        | 0 | 0 | 0 | 1                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 被保険者氏名                | 中新川 太郎                                                                  | (マツバー)個人番号 | 1        | 2 | 3 | 4 | 5                                              | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 1 | 1 |
| 生年月日                  | 明・大 昭 2 年 3 月 4 日                                                       | 市町村民税課税状況  | 課税 ・ 非課税 |   |   |   |                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                   | 〒(930— 0288 )<br>舟橋村国重242番地                                             |            |          |   |   |   | 連絡先<br>076-463-1234                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設<br>の<br>名称・住所※ | 〒(930— 0288 )<br>名称 くにしげ荘                                               |            |          |   |   |   | 連絡先<br>076-472-1234                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日※             | 令和 〇 年 〇 月 〇 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 checked="" 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        | ナカニカワ ハナコ         | 個人番号                                      | 9                 | 8 | 7 | 6 | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 | 9 | 8 |
|           | 氏 名         | 中新川 花子            | 生年月日                                      | 明・大 昭 2 年 5 月 6 日 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 住 所         | (被保険者と同住所の場合記載不要) |                                           |                   |   |   |   | 連絡先 076-464-1316 |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 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<br>②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者                                                                  | 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<br>年額80.9万円以下です。年額80.9万円を超え、120万円以下です。年額120万円を超えます。 |                                     |                          |                           |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/>                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 受給している年金に○をつけてください。非課税年金を受給されている方はどちらかに丸を付けてください。<br>【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。<br>(夫婦は2000万円)                                                                           |                                                                                                       | 650万円以下です。<br>(夫婦は1650万円)           |                          | 550万円以下です。<br>(夫婦は1550万円) |      | 500万円以下です。<br>(夫婦は1500万円)           |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/>                                                                             |                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            |                          | <input type="checkbox"/>  |      | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 預貯金額                                                                                                 | 円                                                                                                     | 有価証券<br>(評価概算額)                     | 円                        | その他<br>(現金・負債を含む)         | ( )※ | 円                                   |  |  |  |  |  |  |  |

通帳の現金の残高を記入

※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。

令和 年 ○ 月 ○ 日 (記入日) 子の

〈本人〉

住 所 舟橋村国重242番地

氏 名 中新川 太郎

〈配偶者〉

住 所 舟橋村国重242番地

氏 名 中新川 花子

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 | 中新川 小太郎    | 連絡先    | 076-464-1316 |
| 申請者住所 | 舟橋村国重242番地 | 本人との関係 | 長男           |

## 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

所有する通帳のコピー等(本人分・配偶者分)※以下、確認できるページを添付してください。

- ・通帳の見開き1、2ページ(表紙の次のページ)※金融機関名、支店名、口座番号、名義人等わかるもの
- ・原則として申請日から直近2か月分の入出金を確認できるページ

※通帳記帳していただくなど申請日時点で最新の状態のものを添付してください。

## ◇預貯金通帳について

※普通預金、貯蓄預金、定期預金すべてが対象です。 ※取引のあるすべての金融機関が対象です。

※配偶者(世帯分離を含む)がいる方は、配偶者の分も必要です。

◇有価証券をお持ちの方は、評価額及び名義のわかる証明書の写し ※投資信託、国債も対象です。

◇負債をお持ちの方は、借用証書等の写し