

(表 面)
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			(マイナンバー)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※	〒(—) 名称		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	☐ 住所地 ☐ 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	(被保険者と同一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 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 <u>年額82.65万円以下</u> です。 <u>年額82.65万円を超え、120万円以下</u> です。 <u>年額120万円を超え</u> ます。																	
	☐		☐		☐		☐													
	非課税年金を受給している場合は該当するものに、○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 <u>1000万円以下</u> です。(夫婦は2000万円) <u>650万円以下</u> です。(夫婦は1650万円) <u>550万円以下</u> です。(夫婦は1550万円) <u>500万円以下</u> です。(夫婦は1500万円)																			
	☐		☐		☐		☐													
	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構いません。

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は、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、保有しているすべてのものが対象です。
- (3) **同意書は必ず記入してください。**(申請者による代筆可)。
- (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

預貯金通帳等の写し

- (1) 金融機関名、店名、口座番号、名義人等について確認することができる部分(通帳の見開き 1、2 ページ等)
- (2) 申請日の直近 2 か月分の入出金状況について確認することができる部分
※ 被保険者本人が所有するすべての預貯金通帳等の写し(申請書に記載した預貯金通帳、有価証券証書等の写し)を添付してください(配偶者がいる場合は、当該配偶者の預貯金通帳等の写しも添付してください)。

※ 電子通帳やインターネットバンクの場合は、これらの事項を確認することができるページを印刷し、添付してください。