

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

あきる野市長 様

食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。また、この申請に係る所得等の調査に同意します。

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
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(※)	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、記入不要です。							
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"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金にOしてください。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。							
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が120万円を越えます。							
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②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。							
※通帳等の写しは別添	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	※内容を記入して下さい		

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

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、支給された額に最大2倍の加算金を加え返還していただくことがあります。

◀裏面もご記入ください▶

同意書

あきる野市長 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

<代筆者> 住所

氏名

あきる野市記入欄

交付年月日	所得分布の状況等を記入						
年 月 日	氏 名 <small>本人:</small>	(関係)	申告状況	所得状況	課税状況 (申告無だが非課税とする理由)	受給状況	
	()	有・無	合: 年: 控:		非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福 生保()	
適用年月日	()	有・無	合: 年: 控:		非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福 生保()	
年 月 日	()	有・無	合: 年: 控:		非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福 生保()	
有効期限	()	有・無	合: 年: 控:		非・課 (遺族年金・障がい年金・被扶養者)	老福 生保()	
年 月 日	【配偶者の有無】 【配偶者課税状況】	有・無 非・課	【非課税年金受給】 【非課税年金収入額】()円	有・無 (遺族・障がい)	預貯金等合計額	単身()円 夫婦()円	
	合・課・非・控の合計	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者等 (単身1000万円以下 ・ 夫婦2000万円以下 ・ 基準以上) <input type="checkbox"/> 80万円以下 (単身650万円以下 ・ 夫婦1650万円以下 ・ 基準以上) <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 (単身550万円以下 ・ 夫婦1550万円以下 ・ 基準以上) <input type="checkbox"/> 120万円超 (単身500万円以下 ・ 夫婦1500万円以下 ・ 基準以上)				段階 <input type="checkbox"/> 非該当	

介護認定区分

処理欄

調査日	入力	審査結果	利用者負担段階(食費・居住費負担限度額)	施設区分
		該当	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階① ・ 第3段階②	①特養 ②老健
		非該当	第4段階(非該当): <input type="checkbox"/> 住民税本人課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税・配偶者が住民税課税のため <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税・預貯金等が一定額を超えるため	③療養型・医療院 ④地域密着 ⑤ショート