

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

鴨川市長 様

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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	大・昭 年 月 日					性別	男・女				
住所	電話番号 ()										
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号 ()										
入所(院)年月日(※)	令和 年 月 日					(※)介護保険施設に入所(院)していない場合又はショートステイを利用している場合は記入不要です。					
本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 上の住所と異なる(住所)										
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税										

被保険者の配偶者に関する事項										
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		左記において「無(未婚・離別・死別)」の場合は、以下の被保険者の配偶者に関する事項については、記入不要です。							
フリガナ			生年月日	大・昭 年 月 日						
被保険者氏名			個人番号							
			電話番号 ()							
住所										

注 配偶者には、世帯分離をしている者又は内縁関係の者を含みます。

負担段階	収入等に関する事項(非課税年金も含みます。)				預貯金額(夫婦の場合)	
第1段階	被保険者とその配偶者及び同一世帯全員が市町村民税非課税	生活保護受給者			1,000万円以下(2,000万円以下)	
第2段階		課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80万円以下の者			650万円以下(1,650万円以下)	
第3段階①		課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80万円以上120万円以下の者			550万円以下(1,550万円以下)	
第3段階②		課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額120万円以上の者			500万円以下(1,500万円以下)	
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(詳細概算額)	円	その他	円

※遺族年金には、寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

住所					
申請者 氏名					電話番号 ()
続柄 ()					
申請結果については申請者に通知します。申請者以外に通知を希望する場合は、以下にご記入ください。					
住所					
送付先 氏名					電話番号 ()
続柄 ()					

- 被保険者とその配偶者の預貯金及びその他の資産が確認できる書類(通帳の写し等)を添付してください。
- 通帳の写しは、金融機関、名義人、口座番号、最終残高(最新の記帳済み)が確認できるページの写しを添付してください。
- 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。
- 預貯金等に関する申告欄に記入しきれない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上、添付してください。
- 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項の規定により、支給された額及びその不正行為によって支給を受けた額の2倍に相当する額以下の金額を徴収することがあります。

市記入欄

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 (<input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 世帯員課税)				
高齢福祉年金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
課税年金収入	円	合計所得	円	預貯金・現金	円
遺族年金額	円	障害年金額	円	年金保険者	
負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 4段階				

同意書

鴨川市長 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。)に私及び私の配偶者(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るために、同意書の写しを提出しても構いません。

令和 年 月 日

本人

住所

氏名

配偶者

住所

氏名

代筆