

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	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。												
本年1月1日現在の住所	☐ 上の住所と同じ ☐ 上の住所と異なる(住所)												
課税状況	市町村民税 ☐ 課税 ☐ 非課税												

被保険者の配偶者に関する事項														
配偶者の有無	☐ 有 ☐ 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								
氏名				個人番号										
住所							連絡先		()					

注 配偶者には、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。

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		課税年金収入額とその他の合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80.9万円以下の者			650万円以下(1,650万円以下)	
☐	第3段階①		課税年金収入額とその他の合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80.9万円超120万円以下の者			550万円以下(1,550万円以下)	
☐	第3段階②		課税年金収入額とその他の合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額120万円超の者			500万円以下(1,500万円以下)	
預貯金等に関する申告 ※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	

※遺族年金には、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。

住所	
申請者 氏名	連絡先 ()
続柄 ()	
※ この申請に係る決定通知書を、申請者に送付します。申請者以外の者へ送付を希望する場合は、以下にその送付先を記入してください。	
住所	
送付先 氏名	連絡先 ()
続柄 ()	

注意事項

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。

市記入欄

世帯課税状況		☐ 非課税 ☐ 課税 (☐ 配偶者課税 ☐ 世帯員課税)					
老齢福祉年金の受給		☐ 有 ☐ 無		生活保護の受給		☐ 有 ☐ 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	☐ 1段階 ☐ 2段階 ☐ 3段階① ☐ 3段階② ☐ 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

続柄