

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	美作市	3	3	2	1	5	5
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日			性別						
住所	〒 ー								
入所(院)施設 (※)	名称								
	所在地								
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。						

配偶者に関する事項 (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。)

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。							
配偶者との世帯	住民票上	同一世帯 ・ 別世帯 (市内在住) ・ 別世帯 (市外在住)							
フリガナ			個人番号						
配偶者の氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日		
			課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税					
配偶者の住所	〒 ー (□被保険者と同じ) (電話番号 ー ー)								
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒 ー								

美作市長 あて

上記のとおり関係書類 (同意書、通帳の写し等) を添えて、食事・居住費 (滞在費) に係る負担限度額認定を申請します。

令和 年 月 日

申請者
(被保険者) 氏名 (印)

(電話番号 ー ー)

〒 ー

(提出者) 住所

氏名 申請者との関係 ()

(電話番号 ー ー)

裏面 (収入等に関する申告等) に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

保 険 者 記 入 欄	▶ 世帯の課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 ▶ 配偶者 (有・無) 課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 ▶ 資産合計 (円) <input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超過 * 老福年金・生保 <input type="checkbox"/> 非受給 <input type="checkbox"/> 受給	▶ 保険料未納 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ▶ 給付制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	* 課税年金 + 非課税年金 + 合計所得 <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超 120万円以下 <input type="checkbox"/> 120万円超 () () () = ()	
	認定結果 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 非該当 4-() 交付年月日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 境界層該当 適用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

(表面からの続き)

収入等に関する申告 (該当する箇所に☑をしてください。)

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円以下です。	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 80 万円を超え 120 万円以下です。	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額 120 万円を超えます。	
非課税年金 受給の有無	有 (遺族年金※・障害年金)・無 (受給の年金に○をしてください)	※ 寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
受給している全ての年金の保険者に○をしてください	日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済	

預貯金等に関する申告 (被保険者(本人)、配偶者の預貯金等の資産について記入してください。)

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	対象者	預貯金額
預貯金 (普通・定期)			本人・配偶者	円
			本人・配偶者	円
			本人・配偶者	円
			本人・配偶者	円
有価証券 投資信託等 (株式・国債等)	氏名	種類	対象者	評価概算額
			本人・配偶者	円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	対象者	金額
			本人・配偶者	円
			本人・配偶者	円
		合計		円

【注意事項】

- 配偶者が、美作市以外の市町村に居住している場合は、非課税証明書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、そのすべてを記入してください。
- 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うえ添付してください。
- 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。

【必要書類】

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)… 通帳の写し(銀行名・支店名・口座番号・名義、最終残高(申請日直近の記帳分から2カ月前まで)が確認できる部分)[同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを添付]
- ・有価証券(株式・国債など)… 証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)… 借入書など

同意書

美作市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況等を調査すること、また、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。なお、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。

令和 年 月 日

<被保険者本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

(裏面)