

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

富岡市長 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				被保険者番号																
被保険者氏名				被保険者番号																
生年月日	大・昭・平	年	月	日	個人番号															
住 所	連絡先																			
入所（院）した 介護保険介護施設の 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	大・昭・平	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円を超え、120万円以下</u> 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額120万円を超えます</u> 。																
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。																
	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										

申請者が被保険者本人の場合は、下記については記入は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・携帯・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申告書における「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ものを含みます。
- (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。

同意書

富岡市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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て構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

市 確 認 欄	番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他()	身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他写真付証明()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	本 人 の 委 任 確 認	受 付 者 印
		2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他		