

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
鹿児島県曾於市長 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		個 人 番 号													
生 年 月 日		年 月 日生		性 別		男 ・ 女									
住 所	〒 ー 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() ー														
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、記載不要です。											
配 偶 者 に 関 す る 事 項	フリガナ														
	氏 名														
	生年月日		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	☐	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													
	☐	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年額82.65万円以下です。 (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。													
	☐	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年額82.65万円を超え、 120万円以下です。													
	☐	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年額120万円を超え ます。													
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等の写しは 別 添	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	※内容を記入してください					

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

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。
(裏面へ続く)

同 意 書

鹿児島県曾於市長 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て構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名