

介護保険 負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

総社市長 様

平成27年8月
～平成28年7月

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住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	印										個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男 ・ 女														
住 所	〒										電話番号										
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒										電話番号										
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	明・大・昭	年	月	日	個人番号															
	住 所	〒										電話番号									
	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"/> 生活保護受給者/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"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。																				
預貯金等に関する 申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																				
	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		電話番号	
申請者住所		本人との関係	

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

総社市長 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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

申請書を提出する前にもう一度御確認ください。

- 申請書に記名押印をしていますか？
- 配偶者の有無は記入しましたか？
- 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？
- 預貯金等に関する申告は記入しましたか？
- 申告した預貯金等の内容が確認できる通帳のコピー等を添付しましたか？
 - ①銀行名・支店名・口座番号・名義のわかる部分(例えば、表紙を開いた部分)
 - ②最終の取引日と残高がわかる部分(配偶者のいる方は、配偶者のコピーも必要です)
- 同意書に記名押印をしていますか？
(配偶者のいる方は、配偶者の記名押印も必要です)