

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

豊後大野市長 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																
			性別		男 ・ 女														
生年月日	年 月 日																		
住所	〒																		
			連絡先																
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒																		
			連絡先																
入所（院）年月日※2	年 月 日		※1、2 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※3		※3 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	<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※4・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80万円以下です。（受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※4 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。														受給している全ての年金の保険者に〇してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<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※4・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80万円を超え、120万円以下です。															
<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※4・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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方には1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方には650万円（同1,650万円）、④の方には550万円（同1,550万円）、⑤の方には500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方には1,000万円（夫婦は2,000万円）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。）	() ※5											円

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。 ※5 内容を記入してください。

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

- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、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

豊後大野市長 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、豊後大野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

※豊後大野市記載欄

決定区分等	<input type="checkbox"/> 第1階層 <input type="checkbox"/> 第2階層 <input type="checkbox"/> 第3階①層 <input type="checkbox"/> 第3階②層 <input type="checkbox"/> 非該当
非該当理由	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 本人・配偶者の資産の勘案等により <input type="checkbox"/> その他()
決定年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
施設区分	<input type="checkbox"/> 老福 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養医療 <input type="checkbox"/> 短期生活 <input type="checkbox"/> 短期療養 <input type="checkbox"/> その他
備考欄	