

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

日向市長

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																
※本人が手書きしない場合は記名押印してください。																			
生年月日	明・大・昭	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(*)	連絡先																		
入所(院)年月日(*)	昭・平・令	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	連絡先																	
	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		受給している全ての年金の保険者に○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"/> ③市町村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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をしてください) <small>※ 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</small>																	
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○をしてください)																	
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○をしてください)																	
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。 <small>※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。</small>		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、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・携帯)
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所有している場合は、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

日向市長 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。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

日向市記入欄

転入日		非課税年金チェック 調査要・不要	<input type="checkbox"/> 年度途中の転入者(当該年1月1日以降)
徴収方法	特徴 普徴		<input type="checkbox"/> 徴収方法が普通徴収の人(住所地特例普徴は必ず調査)
世帯課税状況	課税 非課税		<input type="checkbox"/> 年度途中で2号被保険者になった人
配偶者課税状況	課税 非課税	認定(決定)日	年 月 日
2号被保険者	該当 非該当	適用年月日	年 月 日～ 年 月 日
2号被保険者資格取得日		負担限度額	段階
生活保護受給	有 無	番号	
老齢福祉年金受給		円 備考	
年金収入+合計所得金額		円	