

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

白石市長 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 | | | 保険者番号 | 0 | 4 | 2 | 0 | 6 | 9 | |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| 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 | 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"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税であって、 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80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※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80万円超120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税であって、 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。 (受給している年金に〇して下さい) | | | | | | | | | |
| | <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。 | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添 | 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。

【白石市記入欄】

| 申請者確認 | 審 査 | 決 定 | 交付年月日 | 利用者負担段階 | | |
|--|---------|-------|-------|---------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () | 本人世帯 | 認定・却下 | 年 月 日 | 1・2・3①・3②・非該当 | | |
| | 配偶者 | | | | | |
| | 資産 | | | | | |
| 確認 | 適用期間 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 通帳等の写し | 年 月 日 | 決 裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
| <input type="checkbox"/> 同意書 | ～ 年 月 日 | | | | | |