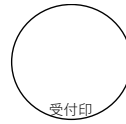


介護保険負担限度額認定申請書

加古川市長 様

年 月 日

次のとおり、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。



①被保険者本人に関する事項

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			個人番号															
			生年月日	大・昭		年	月	日										
住民票の住所	〒 -												電話	( )				
	非課税年金受給の有無		有 ・ 無		※非課税年金とは、遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金等の税法上非課税になる年金です。													
入所している 介護保険施設	名称			入所年月日	年		月	日										
	所在地			電話	( )													

②配偶者に関する事項

配偶者の 有無	有	(別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含む)		※「有」の場合、下の「配偶者に関する事項」も記入してください。															
	無	(死別・離別を含む)																	
配偶者に関する 事項	フリガナ			個人番号															
	氏名			生年月日	大・昭		年	月	日										
				課税状況 (市・県民税)	課税 ・ 非課税														
住所	<input type="checkbox"/> 同上 (※被保険者の住所と違う場合は記入してください。)																		
	〒 -																		

③本人及び配偶者の預貯金等に関する事項

本人及び配偶者の 預貯金等に 関する申告	普通口座	有価証券	※本人及び配偶者が同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを合計した額を記入してください。裏面記載の添付書類も必要です。															
	円	円																
	定期預金等	その他 (現金・負債等)	※この枠内は、市記入欄のため、記入不要です。															
	円	( ) 円	計	円	判	中												

④同意書

同意書

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、年金保険者または銀行、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

<被保険者本人> 住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

(自署又は記名・押印)

<配偶者>

住所

\_\_\_\_\_

(同上不可)

氏名

\_\_\_\_\_

(自署又は記名・押印)

⑤申請者に関する事項 ※申請者が被保険者本人の場合、下記の申請者氏名等は記入不要です。

申請者氏名			本人との関係															
申請者住所	〒 -												日中連絡先	( )				

裏面の⑥も必ず記入し、注意事項をご確認ください。→

⑥収入に関する事項

収入に関する 申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者または市・県民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。
	<input type="checkbox"/>	市県民税非課税世帯で、本人の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市県民税非課税世帯で、本人の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超、120万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市県民税非課税世帯で、本人の課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超えます。



ここまで記入漏れがないか再度ご確認ください。

注意事項

- 1 預貯金等に関する申告については通帳等の写し(※)を必ず添付してください。同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計金額を記入し、書ききれない場合は余白に記入するか、別紙に記入して添付してください。  
有価証券の欄には、出資配当金にかかる出資金も含まれます。必ず、出資額が分かる書類をご提出ください。
- 2 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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- 3 記入・押印漏れ等、不備がある場合は審査できません。内容について問い合わせをする事がありますので、日中に連絡を受けることができる電話番号を必ずご記入ください。

(※) 通帳等の写しについて

以下の内容がわかるページの写しを添付してください。

- ①普通口座、定期預金等の欄について
  - ・金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号、受付日から2か月以内の最新の預貯金残高、最新の年金振込額、定期預金等の残高(定期預金がない場合でも、通帳に明細欄があれば添付)
- ②有価証券等の欄について
  - ・有価証券、出資証券等
- ③現金・負債等の欄について
  - ・借入金・住宅ローン等の借用証書等および現在の負債残高

<市記入欄> 以下は記入不要です

所得等状況		要介護度	利用者負担段階	預貯金等上限			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階① <input type="checkbox"/> 第三段階②	■第一段階・2号被保険者 単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下  ■第二段階 単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下  ■第三段階① 単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下  ■第三段階② 単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下			
課税年金収入額	_____円						
非課税年金収入額	_____円	_____年 月 日から					
合計所得金額	_____円	_____年 月 日まで					
(計)	_____円						
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 課税世帯 預貯金等超過 <input type="checkbox"/> 課税かつ 預貯金等超過				
老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
<input type="checkbox"/> 中途資格取得	( _____年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
<input type="checkbox"/> 2号被保険者(預貯金等確認)							
照会	有・無	境界層	有・無	給付制限	有・無	特例減額	有・無