

介護保険 負担限度額(食費・居住費)認定申請書

フリガナ				保険者番号						3	6	2	0	2	0
被保険者氏名				被保険者番号											
				個人番号											
				生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女					
住 所	〒														
介護保険施設の所在地及び名称	〒			事業所番号											
				電話番号											
入所年月日	年	月	日	短期入所サービス(ショートステイ)の利用					有 ・ 無						
負担限度申請事由	1 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及び、非課税年金収入金額の合計額が年額80万円以下 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しない 3 生活保護受給者/市民税非課税である老齢福祉年金受給者														

鳴 門 市 長 様

上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名 Ⓜ 電話番号

申請書を提出する者

氏名または名称(続柄等) :		住所または所在地	〒
<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄)		電話番号 () -	
<input type="checkbox"/> 介護保険施設			
<input type="checkbox"/> その他(居宅介護支援事業所)			

※介護保険負担限度額認定を申請される方は本申請書と添付様式 1、2 及び預貯金通帳等の写しを必ず添付してください。

市 (町 村) 記入欄			
受付時 添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 添付様式 1 <input type="checkbox"/> 添付様式 2 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳等の写し		
課税・非課税の状況	本 人	課 税 ・ 非 課 税	
	世 帯 員	課 税 ・ 非 課 税	
合計所得金額等	円		
利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4		

受 付
入 力 日
証(通知書) 送 付 先

本人及び配偶者の預(貯)金等に関する申告書

フリガナ									被 保 険 者 番 号							
被保険者名																
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付します。																
被 保 険 者																
被 保 険 者 本 人 の 預(貯) 金 等 に 関 する 申 告	現 金												円			
	預(貯)金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関等		預(貯)金額											
			銀行	支店									円			
			銀行	支店									円			
			ゆうちょ銀行										円			
													円			
	その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		価 額											
													円			
											円					
合 計												円				
被 保 険 者 の 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、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 (受給している年金に○してください) ※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。										受給している全ての年金の保険者に✓して下さい。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済				
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超えます (受給している年金に○してください)														

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下記載不要です。						
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		
	配偶者氏名		市民税課税状況		課税 ・ 非課税				
	被保険者と別居している場合の住所	〒							
配 偶 者									
配 偶 者 の 預(貯) 金 等 に 関 する 申 告	現 金							円	
	預(貯)金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関等		預(貯)金額				
			銀行	支店					円
			銀行	支店					円
			ゆうちょ銀行						円
									円
	その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		価 額				
									円
							円		
合 計							円		

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。
- 預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定者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

鳴門市長 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

(代筆者氏名

印

本人との関係

)

〈配偶者〉

住所

氏名

印

(代筆者氏名

印

本人との関係

)