

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 本人、世帯員及び同一世帯に属しない配偶者のいずれもが非課税者であって、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 本人、世帯員及び同一世帯に属しない配偶者のいずれもが非課税者であって、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

住所

申請者 氏名

(印) 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)			
<input type="checkbox"/> 介護保険施設			
<input type="checkbox"/> その他(居宅介護支援事業所)			
		電話番号 ()	—

※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"/>	本人、世帯員及び同一世帯に属しない配偶者のいずれもが非課税者であって、 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 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。				
	<input type="checkbox"/>	本人、世帯員及び同一世帯に属しない配偶者のいずれもが非課税者であって、 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)				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 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 </div>						

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

)