

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先)富士見市長

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	0	0	0	0													
被保険者氏名		個人番号																	
		生年月日	大正・昭和		年	月	日												
住所	〒 - 市区 町村	電話番号	()																
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 - 市区 町村	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。																	

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無		※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」欄については、記入不要です。															
	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0												
	氏名		個人番号																
			生年月日			年	月	日											
	住所	〒 - 市区 町村	電話番号	()															
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 - 市区 町村																	
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 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している年金の保険者に○を付けてください。 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"/>	② 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が 年額80万円以下				
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が 年額80万円を超え120万円以下				
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が 年額120万円を超える				
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①の方(生活保護受給者を除く)は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(同1,650万円)、③-1の方は550万円(同1,550万円)、③-2の方は500万円(同1,500万円)以下です。※第2号被保険者の場合、①~③-2の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。				
※通帳等の写しは別添	預貯金額	円	有価証券(評価額)	円	その他資産(内容)	円

※「その他の合計所得金額」とは、「合計所得金額」から「公的年金に係る雑所得」と「租税特別措置法に規定する短期譲渡所得及び長期譲渡所得に係る特別控除」とを控除した額をいいます。また、合計所得金額に給与所得が含まれている場合、当該給与所得(所得金額調整控除の適用がある場合は控除前の金額)の額から10万円を控除します。
 ※【 】内に該当する年金がある方は○で囲んでください。遺族年金には、寡婦年金、鰥夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
 ※「その他資産」には現金・株式、国債等容易に換金できる資産の合計額を記載してください。負債がある場合は負債額を含めて記載してください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の欄の記入は不要です。

申請者氏名		連絡先(自宅・勤務先)	
申請者住所	〒 -	本人との関係	

※介護保険負担限度額認定証の送付先は本人宛となります。申請者宛に送付を希望する場合はあらかじめ介護保険送付先変更申出書の提出が必要です。
 注意事項

- この申請書における「配偶者」については、別居(世帯分離)をしている配偶者及び内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。
- 欄内に記入することが困難な場合は、余白又は別紙に記入の上、提出してください。
- 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。

(裏面に続きます)

(裏)

同意書

(宛先) 富士見市長

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、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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

〒 -

住所 _____ 市・区・町・村

氏名 _____

〈配偶者〉

〒 -

住所 _____ 市・区・町・村

氏名 _____