

※裏面もご記入ください

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規・更新

三次市長 様

年 月 日

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。

個人番号												保険者番号	三次市	3	4	2	0	9	7
被保険者	フリガナ												被保険者番号						
	氏名																		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																	
	住所	〒 -											電話番号 ( ) -						
利用する介護施設	施設の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する箇所に <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他(ショートステイ)																	
	施設名称(※)												<input type="checkbox"/> 認定結果を施設に送付希望						
	施設住所(※)	〒 -											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」については記入不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号															
	住所	( <input type="checkbox"/> 被保険者住所に同じ ) * 被保険者と同じ場合は住所記入不要 〒 -																
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	電話番号 ( ) -																
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

年金・収入等	収入等に関する申告 <small>※不明の場合は無記入でも可</small>	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 / 市町村民税非課税世帯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、課税年金・非課税年金収入+その他の合計所得額が年額80万円以下 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、課税年金・非課税年金収入+その他の合計所得額が年額80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、課税年金・非課税年金収入+その他の合計所得額が年額120万円超																		
	非課税年金受給状況	いずれかに○してください。 <b>無 ・ 遺族年金※ ・ 障害年金</b> <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む</small>											受給しているすべての非課税年金の保険者に○してください。 <b>日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済</b>							
	預貯金等に関する申告 <small>※それぞれの合計金額を記入</small>	<input type="checkbox"/> 単身で1,000万円以下 夫婦で2,000万円以下		<input type="checkbox"/> 単身で650万円以下 夫婦で1,650万円以下		<input type="checkbox"/> 単身で550万円以下 夫婦で1,550万円以下		<input type="checkbox"/> 単身で500万円以下 夫婦で1,500万円以下		預貯金額		円		有価証券 (評価概算額)		円		その他 ( ) ※ (現金・負債含)		円

申請代理・代行者記入欄

※申請者が被保険者以外の場合には、下記についてご記載ください。

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、それぞれの合計金額を記入し、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。

受付印

# 同意書

三次市長 様

表面のとおり、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。

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、三次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。

私の入所する介護保険施設若しくは短期入所(生活・療養)サービス事業所の事業者又は居宅サービス計画の作成を依頼する指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防支援事業者に対し、この申請に基づく認定結果を情報提供することに同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

氏 名

住 所

<配偶者>

氏 名

住 所

(被保険者・配偶者氏名を代筆した場合)

申請代理・代行者欄と同じ

代筆者氏名

本人との関係

住 所

三次市記入欄(※記入不要です)

交付年月日	備 考	
年 月 日	(所得分布の状況等)	
適用年月日	1. 市町村民税世帯課税の有無 有・無	4. 算定基準所得金額 円
年 月 日	2. 老齢福祉年金受給の有無 有・無	5. 課税年金収入額 円
から	3. 生活保護受給の有無 有・無	6. 非課税年金収入額 円
有効期限	(配偶者の状況)	(資産状況)
年 月 日	1. 配偶者の有無 有・無	1. 預貯金等合計額 円
まで	2. 配偶者の課税の有無 有・無	(第2号被保険者)
	要介護度( )	<input type="checkbox"/> 該当 (基準日時点で65歳未満)
	(段階該当区分) 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階以上	