

介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日	令和		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

(申請者) 八幡浜市長
令和 年度
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。

被保険者氏名										被保険者番号															
フリガナ																									
氏名		氏					名					個人番号													
生年月日										性別															
☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和		年		西暦		年		月		日		☐ 男 ☐ 女													
住所		〒				-																			
		☐ 都 ☐ 道 ☐ 府 ☐ 県										☐ 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(※)		名称																							
		所在地		〒				-																	
				☐ 都 ☐ 道 ☐ 府 ☐ 県										☐ 市 ☐ 区 ☐ 町 ☐ 村											
入所(院)年月日		電話番号						-				-				(※)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、記入は不要です。									
		〒				-																			
		☐ 平成 ☐ 令和				年		月		日															

配偶者の有無		☐ 有 ☐ 無		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																																		
配偶者に関する事項		フリガナ												個人番号																								
		氏名		氏					名					生年月日					☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和					年					月					日				
				〒				-																														
		住所		☐ 都 ☐ 道 ☐ 府 ☐ 県										☐ 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)		〒				-																												
☐ 都 ☐ 道 ☐ 府 ☐ 県										☐ 市 ☐ 区 ☐ 町 ☐ 村																												
電話番号												-				-																						
課税状況		市町村民税		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生活保護受給																																		

結果の送付先 ☐本人☐申請者☐その他施設・居宅事業所等 () ※裏面にも必要事項を記入してください
382043-023-120-1A

提出者 ☐本人☐申請者☐その他施設・居宅事業所等 ()

非課税年金の有無	☐ 有 ☐ 無	非課税年金が「有」の場合は、右記の年金種類について当てはまるに☑してください。	年金の種類別	☐ 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、遺児年金を含みます。
収入等に関する申告	☐	1:本人(被保険者)が生活保護受給者／2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者			
	☐	3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下			
	☐	4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下			
	☐	5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える			

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1000万円(夫婦は2000万円)、3の方は650万円(同1650万円)、4の方は550万円(同1550万円)、5の方は500万円(同1500万円)以下				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	※() 円 ※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	氏	名	本人との関係
住所	〒	-	
	☐ 都 ☐ 道 ☐ 市 ☐ 区 ☐ 府 ☐ 県 ☐ 町 ☐ 村		
	電話番号	-	-

- 注意事項
- (1) 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。
- (2) 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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。

同意書

(宛先)八幡浜市長

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、八幡浜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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

(自署)
氏名

<配偶者>

住 所

(自署)
氏名