

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

登別市長 様

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 被保険者氏名	----- 印	被保険者番号																		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女																	
住 所	連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先																			
入所(院)年月日(※)	昭・平 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	「無」の場合は、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																			
	氏 名																			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号																	
	住 所	連絡先																		
	1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	市民税課税状況									課税 ・ 非課税									

収入等に関する申告	●非課税年金受給の有無及び種類	有 (障害年金 ・ 遺族年金) ・ 無 ※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。																	
	●受給している全ての年金保険者	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"/> 生活保護受給者 / 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額・課税年金収入額及び非課税年金額の合計が、 年額80万円以下です。																		
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 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()	円												

受 付

<裏面も記入してください。>

結果通知 ・ 証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票所在地(設定送付先優先)) ・ <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---

※申請者が被保険者本人の場合は、記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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及び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。

※以下、市記入欄

【 課税層に対する特例減額措置該当要件 確認欄 】

- ① 属する世帯の構成員の数が2以上(施設入所により世帯が分かれた場合も、なお同一世帯とみなす。
②～⑥において同じ。)
- ② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所し、利用者負担第4段階の食費及び居住費を負担している。
- ③ 全ての世帯員及び配偶者について、サービスを受けた日の属する年の前年の公的年金等の収入金額と年金以外の合計所得金額(長期譲渡所得又は短期譲渡所得の特別控除の適用がある場合には、控除すべき金額を控除して得た額)の合計額から、利用者負担、食費及び居住費の年額見込みの合計額を控除した額が80万円以下である。
- ④ 全ての世帯員及び配偶者について、現金、預貯金、合同運用信託、公募公社債等運用投資信託及び有価証券の合計額が450万円以下である。
- ⑤ 全ての世帯員及び配偶者について、居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない。
- ⑥ 全ての世帯員及び配偶者について、介護保険料を滞納していない。

交付年月日	決定内容	備考
年 月 日	利用者負担段階	
適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階	
有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第4段階(特例減額措置)	
	<input type="checkbox"/> 非該当	

同意書

登別市長 様

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、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

<配偶者>

住所

氏名

印

結果通知 ・ 証送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(住民票所在地(設定送付先優先)) ・ <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	--

※申請者が被保険者本人の場合は、記載は不要です。

申請者氏名	登別 花子	連絡先(自宅/勤務先)	0143-85-5720
申請者住所	登別市中央町6丁目11番地	本人との関係	妻

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及び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。

※以下、市記入欄

【 課税層に対する特例減額措置該当要件 確認欄 】

- ① 属する世帯の構成員の数が2以上(施設入所により世帯が分かれた場合も、なお同一世帯とみなす。
②～⑥において同じ。)
- ② 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所し、利用者負担第4段階の食費及び居住費を負担している。
- ③ 全ての世帯員及び配偶者について、サービスを受けた日の属する年の前年の公的年金等の収入金額と年金以外の合計所得金額(長期譲渡所得又は短期譲渡所得の特別控除の適用がある場合には、控除すべき金額を控除して得た額)の合計額から、利用者負担、食費及び居住費の年額見込みの合計額を控除した額が80万円以下である。
- ④ 全ての世帯員及び配偶者について、現金、預貯金、合同運用信託、公募公社債等運用投資信託及び有価証券の合計額が450万円以下である。
- ⑤ 全ての世帯員及び配偶者について、居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない。
- ⑥ 全ての世帯員及び配偶者について、介護保険料を滞納していない。

交付年月日	決定内容	備考
年 月 日	利用者負担段階	
適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階	
有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第4段階(特例減額措置)	
	<input type="checkbox"/> 非該当	