

介護保険負担限度額認定申請書(令和5年度用)

※裏面の同意書も記入おねがいします

令和 年 月 日

土佐清水市長 様

上記のとおり関係書類(同意書、通帳の写し等)を添えて、食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請をします。

フリガナ			保険者番号	3	9	2	0	9	2
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	大・昭	年	月	日					
住 所	(〒 -)		電話番号	-	-				
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地	(〒 -)		電話番号	-	-			
	名 称								
入所(院)年月日 (※)	令和	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、記載不要です。						
配偶者に関する 事項	フリガナ			生年月日	大・昭	年	月	日	
	配偶者氏名			個人番号					
				市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税				
被保険者と 別居の場合の 住所	(〒 -)		電話番号	-	-				
収入等に関する 申告	非課税年金 受給の有無	有 (遺族年金 ※ / 障害年金) ・ 無 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。			世帯の 課税状況	市長村民税 課税 ・ 非課税			
			<input type="checkbox"/> ① 生活保護受給者 / 老齢福祉年金受給者						
			<input type="checkbox"/> ② 年額 80 万円以下						
			<input type="checkbox"/> ③-1 年額 80 万円超 120 万円以下						
			<input type="checkbox"/> ③-2 年額 120 万円超						
預貯金等に 関する申告 ※預貯金、有価証券 にかかるとおり	<input type="checkbox"/> 預貯金等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦2000万円)以下、②の方は650万円(夫婦1650万円)以下、 ③-1の方は550万円(夫婦1550万円)以下、③-2の方は500万円(夫婦1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は1000万円(夫婦2000万円)以下です。								
	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 ※内容を記入してください。		

※裏面(同意書)を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係

申請の結果の受取りを本人の送付先以外の方へ希望される場合は下記に記入をお願いします。(押印必須)

委任状	
代理人記入欄	住所 電話番号
	(事業所名)
氏名	被保険者との続柄(関係)
私は上記の者を代理人と認め、介護保険負担限度額の認定結果(認定証を含む)の受領について委任します。	
被保険者本人の氏名	

※必ず記入してください

同意書

土佐清水市長 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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

この写しは原本と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

土佐清水市長

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。
- 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。
- 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。

※通帳の写し(コピー)の添付について

・ご本人様名義のものすべて ・配偶者がいる方は、**配偶者様名義のものすべて**
※年金受給されている方は**年金受給の記載**がある通帳の写しを必ず添付してください。

・通帳の場合は名義がわかるページ、最終記帳日・金額がわかるページの写し

※最終記帳日はできるだけ申請日に近い日付(2ヶ月以内)。

最終記帳日が2ヶ月以内で無い場合、記帳してからの写しの提出をお願いすることになります。2ヶ月以上取引の履歴が無く、記帳されない場合はその旨ご連絡、または記載をお願いします。

市記入欄

交付年月日	確認事項		
年 月 日	市町村民税(世帯)	非課税 ・ 課税	(課) + (非)
適用年月日	合計所得+非課税・課税年金収入	円	(合)
年 月 日	高齢福祉年金	無 ・ 有	資産状況(単・夫婦) 合計 円
有効期限	生活保護	無 ・ 有	
年 月 日	利用者負担段階	1・2・3-①・3-②・4	(備考)
添付書類	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し		