

介護保険負担限度額認定申請書

佐久市長様

令和 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------|--|---|--|---|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | ④ 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | | 月 | | 日 | | 性別 | | | | | | | | | | | | 男・女 |
| 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(※) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | | 月 | | 日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老年福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であつて、(受給している年金に〇してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※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。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に 〇してください 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"/> | 市町村民税世帯非課税者であつて、(受給している年金に〇してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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1000万円(夫婦2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係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 | ※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、下記について記載は不要です。

| | |
|-------|-------------|
| 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

- 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、そのすべてを記入し、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

佐久市長様

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、佐久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

印

<配偶者>

住所

氏名

印