

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

輪島市長

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		個人番号																		
生年月日																				
住 所	〒		連絡先																	
入所(院)した 介護保険施設	所在地		※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。																	
	名称																			
入所(院)年月日																				
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、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		個人番号																	
	住 所	〒	連絡先																	
	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"/> ① 生活保護/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		受給している全 ての年金の保険 者に○をしてく 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"/> ② 市町村民税世帯非課税者であって、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。																			
	<input type="checkbox"/> ③ 市町村民税世帯非課税者であって、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 120 万円以下です。																			
	<input type="checkbox"/> ④ 市町村民税世帯非課税者であって、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 120 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次の基準額以下です。 <input type="checkbox"/> ①1,000 万円以下 <input type="checkbox"/> ②650 万円以下 <input type="checkbox"/> ③550 万円以下 <input type="checkbox"/> ④500 万円以下 ※配偶者がいる場合はそれぞれ 1,000 万円を加算した金額以下																			
	預貯金額(定期預金等含む)	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債等)																	
	円	円	円																	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申請者	住所		連絡先																	
	氏名		被保険者との関係																	

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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

輪島市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、市長が官公署、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、市長が、銀行等に報告を求めることについて、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

<配偶者>

住所

氏名