

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		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		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		☐ 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					
		☐ 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 82.65 万円以下です。											
		☐ 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 82.65 万円を超 120 万円以下です。											
		☐ 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		☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が次の基準額以下です。 ☐ ①1,000 万円以下 ☐ ②650 万円以下 ☐ ③550 万円以下 ☐ 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

介護保険負担限度額認定証の送付先

介護保険負担限度額認定証の送付先として希望するものにチェックしてください。

- ☐ 被保険者本人の住所（送付先設定がされている場合は送付先）
- ☐ 申請者
- ☐ 入所している場合はその入所先施設
- ☐ その他（ ）