

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

羽村市長 宛

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	被保険者番号
生 年 月 日	性 別
住 所	男 ・ 女
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	個人番号
入所(院)年月日 (※)	連絡先
	連絡先
	(※)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	年 月 日
	住 所	個人番号
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	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生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。 <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金・有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同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、③～⑤の方は1000万円(夫婦は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

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

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。
- (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

羽村市長 殿

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（町村）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 _____

代筆者 _____

続柄 _____

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____

代筆者 _____

続柄 _____

～．～．～．～．～．～．（ ここから下は記入しないでください ）～．～．～．～．～．～．

○ 受付時確認

	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人（ _____ ）
本人確認	<input type="checkbox"/> 免・パ・住力・障・外・番力・（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証
	<input type="checkbox"/> 介保・介負・健保／通帳・CC・診 （ _____ ）	<input type="checkbox"/> 免・パ・住力・障・外・番力 （ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 聞き取り内容	<input type="checkbox"/> 介保・介負・健保／通帳・CC・診 その他（ _____ ）
代理権	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

○ 受付時確認

所得情報	所得	本人	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	入 力	確 認
		配偶者	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税		
			<input type="checkbox"/> 配偶者なし			
	資産	<input type="checkbox"/> 基準以下				
非課税年金		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超		/	/
	<input type="checkbox"/> 要照会	照会先			受付印	
		依頼日	/			
回答日		/				
判定	<input type="checkbox"/> 承認	(1段階 2段階 3段階① 3段階②)				
	<input type="checkbox"/> 却下					
備考						