

介護保険負担限度額認定申請書

(記載例)

小郡市長 様

下記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

12桁の個人番号を記載してください。

| | | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------|---|--------------------|---|-----------|------|
| フリガナ | オゴオリ タロウ | | 申請年 | 介護保険被保険者証の番号です。 | | | 日 |
| 被保険者氏名 (申請者) | 小郡 太郎 | | 被保険者番号 | | | | |
| | | | 個人番号 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 ○年 ○月 ○日生 | | | | | | |
| 住所 | 〒838-0198 小郡市小郡2 | | 介護老人福祉施設にショートステイの場合は「短期入所生活介護」に、 介護老人保健施設・介護医療院にショートステイの場合は「短期入所療養介護」に チェックしてください。 施設入所及びショートステイの利用がない場合は「その他」にチェックしてください。 | | | | |
| | 〒○○○-○○○○ 小郡市小郡○○-○ 電話番号 0942-21-2111 | | <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 介護保険施設 所在地 | 小郡市小郡○○-○ | | 居住環境の区分 | | | | |
| 名称 | 特別養護老人ホーム○○ | | <input checked="" type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 | | | | |
| 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、記載不要です。 | | | | |
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 | | 婚姻届を提出していない事実婚も配偶者に含みます。 | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | オゴオリ ハナコ | 生年月日 | 明・大 昭 ○○年 ○○月 ○○日生 | | | |
| | 氏名 | 小郡 花子 | 個人番号 | | | | |
| | 住所 ※同居の場合は記入不要 | 〒○○○-○○○○ 小郡市○○ ○○-○ | 市町村民税課税状況 | 課税 ・ 非課税 | | | |
| | 本年1月1日現在の住所(市外で現住所と異なる場合) | 〒○○○-○○○○ ○○市○○ ○○番 | 住民票上世帯が異なる場合に記入してください。本人と同居の場合は記入不要です。 | | | | |
| 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...ある老齢福祉年金受給者です。 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円以下です。(受給している年金に○して下さい。) ※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。 | | 年金保険者 | | 受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円を超えます。(受給している年金に○して下さい。) ※被保険者と別世帯で1月1日マイナンバーが確認できるものを... | | <input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 | | | | |
| 預貯金等の申告(夫婦合計) | 預貯金 | 3,000,000 円 | 有価証券・信託等 | 5,000,000 円 | その他(現金・負債を) | 100,000 円 | (内容) |
| (届出が被保険者以外の場合) | 〒 - | | ・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。 ・記載欄に入りきれない場合は別紙に記入の上、添付してください。 | | | | |
| 届出者住所氏名 | | | 結果送付先を施設にする場合、被保険者氏名を署名ください(家族の代筆可) ※署名が難しい場合は押印可です。 | | <input checked="" type="checkbox"/> 施設 決定通知書及び認定証を施設へ送付することに同意します。 本人署名 ※本人の署名が難しい場合は押印可 | | |

実際にお手続きされる方でお願いします。ご家族の場合、ご家族名を記入してください。

面もご記入ください)

※注意事項※

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。
- (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。

※提出いただいた書類は、介護保険負担限度額認定のためにのみ使用し、厳正に管理します。

同意書

小郡市長 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、照会す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〉

〒838-0198

住所

小郡市小郡255-1

〈配偶者〉

〒838-0000

住所

小郡市○○ ○○-○

氏名

小郡 太郎

氏名

小郡 花子

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

この欄は市が記入しますので、何も記入しないでください。

月
期
間

～令和 8 年 7 月 31 日

ク

令和 年 月 日