

介護保険負担限度額認定申請書（平成 30 年度用）

年 月 日

（申請先） 大船渡市長 様

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。

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏名		連絡先		
	住所			本人との関係	

フリガナ			個人番号											
被保険者氏名	⑨		被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女										
住所	〒		連絡先 () -											
施設の所在地 及び名称	〒		連絡先 () -											
入所年月日※	平成 年 月 日		※ 介護保険施設に入所しない場合やショートステイ利用の場合には記入不要											
非課税年金の 受給の有無※	有 ・ 無		※ 非課税年金の種類【遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金】 「有」の場合、受給している年金に○してください											
配偶者の有無	有 ・ 無		「無」の場合は、 以下の「配偶者に関する事項」については記入不要											
配偶者に関する 事項	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
	氏名													
	住所	〒		連絡先 () -										
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる 〒 場合に記入)												
	課税状況	市民税 課税 ・ 非課税												
収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税者であって、 課税年金・ 非課税年金 収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。													
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税者であって、 課税年金・ 非課税年金 収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超えます。													
預貯金等に関する 申告 ※内容を記載	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかか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							

市記入欄

交付年月日	備 考									
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) 利用者負担段階 1・2・3・4									
適用年月日	① 課税状況 本人課税・世帯課税・配偶者課税・非課税									
年 月 日 から	② 生活保護受給 有・無									
有効期限	③ 高齢年金受給 有・無									
年 月 日 まで	④ 預貯金等 有・無									
⑤ 課税年金収入額 (円) 合計所得金額 (円) 非課税年金収入額 (円)										

担当事業所名		担当者名	
--------	--	------	--

【裏面へつづく】

【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また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、通帳等の写し（通帳の表紙、申請日の直近2ヶ月の記載があるページ、最終残高が確認できるページの写し）を添付してください。（配偶者「有」の場合は配偶者分も添付してください。）
- (3) 申請書欄内に書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (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

大船渡市長 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、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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

㊞

<配偶者>

住 所

氏 名

㊞