

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

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。

| | | | |
|---------|-----------|---|-----------|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 | 生 年 月 日 | 明・大・昭 |
| 個 人 番 号 | | | 年 月 日 |
| フリガナ | | 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | |
| 被保険者氏名 | | | |
| 住 所 | | 入所（院）年月日（※） | 平・令 年 月 日 |
| | 電話番号（ ） - | （※）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、記入不要です。 | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | 個 人 番 号 | |
| | 氏 名 | 生 年 月 日 | 明・大・昭 |
| | 住 所 | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | 年 月 日 |
| | 電話番号（ ） - | 市町村民税課税状況 | 課 税 ・ 非課税 |

収入等及び預貯金等に関する申告（該当する欄の□にチェックを入れてください。）

| | 収入等に関する申告 | 預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、別添のとおり | |
|--------------------------|---|--|---------------|
| | | 配偶者無 | 配偶者有 |
| <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者 | | |
| <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者／市町村民税世帯非課税である第2号被保険者 | 1, 0 0 0 万円以下 | 2, 0 0 0 万円以下 |
| <input type="checkbox"/> | 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下である第1号被保険者 | 6 5 0 万円以下 | 1, 6 5 0 万円以下 |
| <input type="checkbox"/> | 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円超～120万円以下である第1号被保険者 | 5 5 0 万円以下 | 1, 5 5 0 万円以下 |
| <input type="checkbox"/> | 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非課税年金収入額の合計額が年額120万円超である第1号被保険者 | 5 0 0 万円以下 | 1, 5 0 0 万円以下 |

預貯金等の内訳（配偶者有の場合は、配偶者との合計額を記入してください。）

| | | | | | |
|---------------|---|--------------------|---|----------------------|------------|
| 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。 | | | | | |
| 非課税年金収入に関する申告 | <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。) | | | | |

被保険者以外の方が申請する場合は、記入してください。

| | | | |
|-------|--|----------|--|
| 申請者氏名 | | 電 話 番 号 | |
| 申請者住所 | | 被保険者との関係 | |

注意事項

- 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。
- 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、その全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

市記入欄

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| 書類確認 | <input type="checkbox"/> 書類確認済 | 所得状況確認 | <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 (/) 申請、(/) 認定 (審査日) | |
| 番号確認 | <input type="checkbox"/> 窓口 (提示) <input type="checkbox"/> 郵便・使者 (添付) | 本 人 (<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税) | <input type="checkbox"/> 生保受給 (/) 適用、(/) 介護認定開始 | |
| 本 人 (<input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 通知カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 補記) | 配偶者 (<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税) | 審査結果 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3① <input type="checkbox"/> 3② <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 配偶者 (<input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 通知カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 補記) | 世 帯 (<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税) | 非該当事由 | <input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金額 | |
| 口座確認 | <input type="checkbox"/> 口座確認済 定期 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | <input type="checkbox"/> 課税所得照会 (/) | 送付先 | <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 送付先変更有 (裏面・LP) |
| <input type="checkbox"/> 照会() | <input type="checkbox"/> 非課税年金照会(/) | 受付 | 入力 | 確認 |

※裏面の同意書欄も必ずご記入ください。

(裏)

同意書

(宛先) 新居浜市長

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、新居浜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かまいません。

令和 年 月 日

<本人> 住所

<配偶者> 住所

氏名

氏名

同意書署名代行届

(宛先) 新居浜市長

介護保険負担限度額認定申請書の同意書欄について、次のように署名を代行しましたので届出いたします。

令和 年 月 日

署名代行者（届出者）

| | | | |
|---------------------------|---|---|-----|
| 住所 | | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | | | |
| 被保険者との関係 | ※ 被保険者からみた続柄を記入 三親等内の親族（配偶者には内縁関係含む。）であること | | |
| 被保険者、 配偶者が署名 できない状況 | | | |

介護保険負担限度額認定結果送付先変更届

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|-------------------|----------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 送付先居宅名 又は送付先住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| 担当者氏名 又は送付先氏名 | | | | | | | | | |

※なお、この送付先は今回の「介護保険負担限度額認定結果」の送付のみに使用します。