

介護保険負担限度額認定申請書

山陽小野田市長 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。

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号 ()		
介護保険施設の所在地及び名称	※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。電話番号 ()		
入所年月日	年 月 日 □ ※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。		
配偶者 <small>※右欄において「無」の場合は記入不要です。</small>	有	フリガナ	個人番号
	無	氏 名	生年月日
		住 所	明治・大正・昭和 年 月 日
		課税状況	市県民税 課税 ・ 非課税
本人の収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、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80万円以下です(受給している年金に○してください。) <small>※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。</small> <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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます(受給している年金に○してください。)。		受給している全ての年金の保険者に○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
預貯金等に関する申告 (配偶者がある場合は2人の合計金額)	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む)
	円	円	円
平成 年 月 日	申請者 住所	代筆者 住所	
	氏名	氏名(続柄)	
	電話番号	電話番号	

- 【注意】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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
 3. 預貯金等については、通帳の写し等を複数保有している場合はそのすべての写しを申請書にホッチキスでとめてください。
 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。

市 記入欄

<input type="checkbox"/> 税証明(市外に居住している配偶者)	【利用者負担段階】
<input type="checkbox"/> 通帳等の写し	食費・居住費: 第 段階
<input type="checkbox"/> 同意書	
審査	決定
本人世帯 非課税・課税	適用期間
配偶者 非課税・課税	平成 年 月 日
資産 範囲内・超過	承認・却下
	平成 年 月 日
	受付日
	受付者
	市入力日
	市入力者

(本人確認欄) 1点確認 個・住・免・旅・特・その他 ()
 2点確認 健・介・後・年・生・その他 ()

※裏面もあります