

介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請

年 月 日

倉吉市長あて

次のとおり関係書類(同意書、通帳等の写し等)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					被保険者番号							
被保険者氏名												
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒				電話() -							
入所(入院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)					電話() -							
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令	年	月	日	(※)介護保健施設に入所(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。(事実婚含む)											
配偶者に関する事項	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	大・昭	年	月	日生								
	住所	〒				電話() -							
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒											
課税状況	市町村民税			課税			非課税						

収入等に関する申告	世帯の課税状況	市町村民税			課税			非課税			非課税年金受給の有無	有 (遺族年金・障害年金) ・ 無		
	公的年金等 収入金額 (非課税年金を含む) + その他の合計 所得金額	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		かつ、		預貯金等の合計が 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下						65歳未満 の場合 1,000万円 (夫婦は 2,000万円) 以下		
		<input type="checkbox"/> 年額80万円以下		かつ、		預貯金等の合計が 650万円(夫婦は1,650万円)以下								
		<input type="checkbox"/> 年額80万円超～120万円以下		かつ、		預貯金等の合計が 550万円(夫婦は1,550万円)以下								
<input type="checkbox"/> 年額120万円を超え		かつ、		預貯金等の合計が 500万円(夫婦は1,500万円)以下										
預貯金等に関する申告	預貯金額	有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債を含む)	合計		申請日現在の 残高が わかるもの のコピーを 添付してく ださい(通帳 は年金の振 込がわかる ページも)								
被保険者	円	円	円	円										
配偶者	円	円	円	円										
合計	円	円	円	円										

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	電話(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。

身元確認 運転免許証 介護保険証 負担割合証 医療保険証 介護支援専門員証 その他()
 代理権 介護保険証 医療保険証 戸籍 委任状 その他()
 個人番号 個人カード 通知カード 住民票 システム

同意書

倉吉市長 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>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

(代筆者)

住所

氏名
