

介護保険負担限度額認定申請書

申請日 令和 年 月 日

備前市長 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。

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0				
	氏名			個人番号								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	住所											
電話 () -												

配 偶 者 に 関 す る 事 項	配偶者の有無	有 ・ 無		個人番号								
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	氏名			性別	男・女							
	住所	<input type="checkbox"/> 同上										
電話 () -												

※申請者が被保険者本人以外の場合

申請者	続柄()	連絡先	() -
-----	-------------	-----	-------------------

関 連 す る 事 項 に	預 貯 金 等 に	預 貯 金 額	被 保 険 者	合 計 金 額		配 偶 者	合 計 金 額	
				円	円			

※必要書類

預貯金等の要件を確認できる書類を添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名・支店名・名義人、最終残高の分かる部分)
(同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべての通帳等の写しが必要)
- ・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

関 連 す る 事 項 に	非 課 税 年 金	収 入 額	
		遺族年金	円
		障害年金	円

被保険者本人についてのみご記入ください

※必要書類

- ・年金収入額の分かるものの写し
(通知書や、非課税年金振込先の通帳)

裏面に続く

注意事項

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

備前市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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>

氏名

印

住所

<配偶者>

氏名

印

住所

<市使用欄>

	申請者	配偶者
市民税課税状況	非課税・課税(本人・配偶者・世帯員)	
合計所得金額及び課税・非課税年金収入額	円	円
預貯金額	円	円
預貯金額合計	円	

決定日: 令和 年 月 日
有効期間: 令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

該当 ____ 段階

非該当

1. (本人・配偶者・世帯員)が住民税課税
2. 厚生労働省令で定める額以上の資産がある

※個人番号確認欄	番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票
	本人確認	運転免許証・障がい者手帳・個人番号カード・その他
		介護保険証・医療保険証・その他(2種類必要)
	代理人確認	運転免許証・障がい者手帳・個人番号カード・その他
		介護保険証・医療保険証・その他(2種類必要)
	代理権	任意 介護保険証・委任状・その他
法定 戸籍謄本・資格証明書類		
確認者		