

介護保険負担限度額認定申請書

高岡市長 あて

年 月 日

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。

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	年 月 日												
住 所	連絡先												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	連絡先												
入所（院）年月日 （※）	年 月 日		（※）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、記載不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	年 月 日		個人番号								
	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）											
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	☐	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で、 預貯金等の合計が1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)です。										
	☐	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80.9万円以下で、 預貯金等の合計が650万円以下(夫婦は1,650万円以下)です。										
	☐	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80.9万円超120万円以下で、 預貯金等の合計が650万円以下(夫婦は1,550万円以下)です。										
	☐	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120万円を超え、 預貯金等の合計が600万円以下(夫婦は1,500万円以下)です。										
預貯金等に関する申告	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 ※内容を記入して下さい						

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。 ※裏面の同意書も記入してください。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

結果通知送付先に チェックして下さい。(※)	☐ 被保険者住所(送付先変更住所含む)	☐ 上記入所介護保険施設
	☐ 居宅介護支援事業者 地域包括支援センター	左記事業者名

高岡市記入欄

(※) 記載がない場合、被保険者住所とします。

受付印	利用 者 負 担	☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 不承認	不承認理由	☐ 市民税世帯課税であるため ☐ 同一世帯でない配偶者が市民税課税であるため ☐ 厚生労働省令で定める額以上の資産があるため ☐ その他
-----	-------------------	--	-------	---

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

高岡市長 あて

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

(代理者氏名

本人との関係

)