

介護保険 負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号		3	7	2	0	2	9
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 - 電話番号 ()								
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 - 電話番号 () 施設名:								
入所(院)年月日(※)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所利用							
負担限度額申請事由	1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの 2. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下のもの 3. 市町村民税世帯非課税者であって、1・2に該当する以外のもの 4. その他()								
丸亀市長 宛	上記のとおり、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。								
申請者(被保険者)	住所	氏名	電話番号 ()						
申請代行者	住所 〒 -	氏名	続柄() 電話番号 ()						

※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

保険者記入欄

市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(本人 ・ 世帯)								
	<input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし								
収入状況	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 老福年金 <input type="checkbox"/> 1000万以内 <input type="checkbox"/> 1000万超 <input type="checkbox"/> 2000万以下 <input type="checkbox"/> 2000万超 <input type="checkbox"/> 80万以下 <input type="checkbox"/> 650万以内 <input type="checkbox"/> 650万超 <input type="checkbox"/> 1650万以下 <input type="checkbox"/> 1650万超 <input type="checkbox"/> 80万超120万以下 <input type="checkbox"/> 550万以内 <input type="checkbox"/> 550万超 <input type="checkbox"/> 1550万以下 <input type="checkbox"/> 1550万超 <input type="checkbox"/> 120万超 <input type="checkbox"/> 500万以内 <input type="checkbox"/> 500万超 <input type="checkbox"/> 1500万以下 <input type="checkbox"/> 1500万超								
	【非課税年金】 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> なし			【預貯金】					
利用者負担	第 1 2 3① 3② 4 段階								
交付年月日	年 月 日								
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
発行方法	<input type="checkbox"/> 手渡し済み <input type="checkbox"/> 後日郵送(本人住所・施設・居宅介護支援事業所・その他())								
受付年月日	年 月 日	受付・入力者							入力確認者

確 認 事 項

次のとおり関係書類を添えて、報告します。なお、内容に相違ありません。

1. 配偶者について

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			備考
	氏 名			
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
	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		

2. 収入等について

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老齢福祉年金受給者					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 のどちらかを受給	年金保険者	年金額	円	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者(世帯を分離している配偶者を含む。)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80万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者(世帯を分離している配偶者を含む。)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120万以下です。				
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者(世帯を分離している配偶者を含む。)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120万円を超えます。					
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

注意事項

※内容を記入してください

- 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、そのすべてを記入し、**通帳等の写し**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。

同 意 書

丸亀市長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名