

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

小樽市長

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		保険者番号	012039	
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			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号			
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、記入不要です。		
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	電話番号		
	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			
収入に関する申告 <small>(該当する項目の□に✓を付けてください。)</small> <small>(遺族年金・障害年金受給者は、受給している年金に○を付けてください。)</small>	<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 <input type="checkbox"/> 【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、障害母子年金及び遺児年金を含みます。</small>	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。	受給している年金の支払者に○を付けてください。 ・ 日本年金機構 ・ 国家公務員共済 ・ 地方公務員共済 ・ 私学共済	預貯金等の基準額 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 650万円(夫婦は1,650万円)以下 550万円(夫婦は1,550万円)以下 500万円(夫婦は1,500万円)以下
預貯金等に関する申告 <small>(該当する場合は、□に✓を付けてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。	※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり		
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円
			その他	円
			(現金・負債を含む。))※ ※内容を記入して下さい。

同意書

(宛先) 小樽市長

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、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まいります。

年 月 日

<本人>

<配偶者>

住所	住所
氏名 <small>印 (自署の場合は不要)</small>	氏名 <small>印 (自署の場合は不要)</small>

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。