

介護保険 負担限度額(食費・居住費)認定申請書

フリガナ						保険者番号	3	6	2	0	2	0
被保険者氏名						被保険者番号						
						個人番号						
生年月日	年 月 日生											
住所	〒 電話番号											
介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号											
入所年月日	年	月	日	短期入所サービス(ショートステイ)の利用				有 ・ 無				
負担限度申請事由	1 生活保護受給者/市民税非課税である老齢福祉年金受給者 2 市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額82.65万円以下 3 市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下 4 市町村民税世帯非課税者であつて、2・3に該当しない											
鳴門市長様 上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号												
申請書を提出する者												
氏名または名称(続柄等) :					住所または所在地 〒							
<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他(居宅介護支援事業所)					電話番号 () -							

※介護保険負担限度額認定を申請される方は本申請書と添付様式 1、2 及び預貯金通帳等の写しを必ず添付してください。

市(町村)記入欄		
受付時 添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 添付様式 1 <input type="checkbox"/> 添付様式 2 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳等の写し	
課税・非課税の状況	本人	課税・非課税
	世帯員	課税・非課税
合計所得金額等	円	
利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	

受付
入力日
証(通知書) 送付先
住 送

本人及び配偶者の預(貯)金等に関する申告書

フリガナ	被 保 険 者 番 号														
被保険者名															
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が①のうち、老齢福祉年金受給者は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②は650万円(同1,650万円)、③-1は550万円(同1,550万円)、③-2は500万円(同1,500万円)以下。*第2号被保険者の場合、①~③-2の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円以下)															
被保険者 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付															
被保険者本人の預(貯)金等に関する申告	現金	円													
	預(貯)金	□有	金融機関等					預(貯)金額							
			銀行	支店				円							
		□無	銀行					支店				円			
			ゆうちょ銀行									円			
	その他	□有 □無	種 類					価 額				円			
												円			
合 計	円														
被保険者の収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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"/>	②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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円以下(受給している年金に○してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。													
	<input type="checkbox"/>	③-1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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下。(受給している年金に○してください)													
	<input type="checkbox"/>	③-2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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○してください)													
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 受給している全ての年金の保険者に✓して下さい。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 </div>															

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	年 月 日											
	配偶者氏名		市民税課税状況	課税 ・ 非課税											
	被保険者と別居している場合の住所	〒													
配 偶 者 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付															
配偶者の預(貯)金等に関する申告	現金	円													
	預(貯)金	□有	金融機関等					預(貯)金額							
			銀行	支店				円							
		□無	銀行					支店				円			
			ゆうちょ銀行									円			
	その他	□有 □無	種 類					価 額				円			
												円			
合 計	円														

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。
- 預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定者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

鳴門市長 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

(代筆者氏名 本人との関係)

〈配偶者〉

住所

氏名

(代筆者氏名 本人との関係)