

表面

介護保険負担限度額認定申請書

受付印

年 月 日

射水市長 あて

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 被保険者氏名 | 印 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | | 月 | | 日 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した 介護保険施設(※) | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 昭・平 | 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 | 明・大・昭・平 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(※) 配偶者の1月1日現在の住所が射水市でない場合は、1月1日現在住所地の市町村民税非課税証明書を添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|---|--|-----------------|---|--|------------------|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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高齢福祉年金受給者です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が (受給している年金に○してください) 年額80万円以下 です。 ※ 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が (受給している年金に○してください) 年額80万円を超えます 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です(※)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | | 有価証券 (評価概算額) | 円 | | その他 (現金・負債含む) | () | | 円 | | | | | | | | |

(※) 預貯金、有価証券等にかかる本人及び配偶者の通帳等の写しを添付してください。

(生活保護受給者は、預貯金等申告及び通帳等の写しは不要です)

申請者が被保険者の場合は、下記の記入は不要です。

| | | |
|-------|---|--------|
| 申請者氏名 | 印 | 電話番号 |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |

裏面の「同意書」も必ず記入してください。(申請書の注意事項についても裏面に記載してあります。)

射水市記入欄 (申請の結果、介護保険負担限度額認定となった場合、認定証は施設等へ送付します。)

| | | | | | | | | |
|-----|--------------|-------|---------|-------|-----|---|---|-----|
| 世帯 | 課税・非課税 | 決定 | 交付・不交付 | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 配偶者 | 課税・非課税・配偶者なし | 適用年月日 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |
| 資産等 | 基準額超・基準額以下 | 要介護度 | 利用者負担段階 | | 備考 | | | |

裏 面

同 意 書

射水市長 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、射水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 _____ 印

〈配偶者〉

住所

氏名 _____ 印

申請書（表面）の注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離を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、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。