

(年度分)介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

恵庭市長 様

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	個人番号	
被保険者氏名	被保険者番号	
生年月日	年 月 日	
住 所	電話番号	
入所介護保険施設の所在地及び名称(※)	電話番号	
施設の種類(※)	特養 老健 療養 介護医療院 地域密着型特養	その他(短期入所等)
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所していない場合は、記入不要です。

配偶者の有無	有 ・ 無	「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	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	住 所	(同居の場合記入不要) 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	受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<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】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】の合計額が年額80万円を超えて、120万円以下です。	
	<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】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	被保険者	配偶者
預貯金(普通・定期)	普通預金 円 定期預金 円	普通預金 円 定期預金 円
有価証券	有 (円) ・ 無	有 (円) ・ 無
投資信託	有 (円) ・ 無	有 (円) ・ 無
タンス預金	有 (円) ・ 無	有 (円) ・ 無
借入金※住宅ローンも含む	有 (円) ・ 無	有 (円) ・ 無
金・銀等	有 (時価評価額 円) ・ 無	有 (時価評価額 円) ・ 無

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	被保険者本人との関係
日中連絡の取れる電話番号	

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 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。

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

恵庭市長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

入所施設への情報提供に (同意します ・ 同意しません)

決定通知書送付先 (入所施設へ送付 ・ 自宅へ送付)

※決定通知書は、入所施設もしくは自宅のどちらかのみへの送付になります。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名