

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

北斗市長 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		被保険者番号	
被保険者氏名	①	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	
住 所	連絡先		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先		
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、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 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	市民税課税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	1段階	<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	預貯金等に関する申告		
	2段階	<input type="checkbox"/>	・市町村民税世帯非課税者 ・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 80万円以下		<input type="checkbox"/>	単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下
	3段階①	<input type="checkbox"/>	・市町村民税世帯非課税者 ・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 80万円以上120万円以下		<input type="checkbox"/>	単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下
	3段階②	<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】 収入額の合計額が年額 120万円 を超えます。		<input type="checkbox"/>	単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下
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

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

限度額認定証の送付先について希望があればご記入ください。(希望がない場合は、自宅へ送付します。)

<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所	<input type="checkbox"/> 入所施設
<input type="checkbox"/> その他(氏名: 住所:)		

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線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、通帳当の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するかまた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。
- 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

同意書

北斗市長 様

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

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印