

介護保険負担限度額認定申請書 ()年度分

年 月 日

大分市長 殿

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	0	0	0	0				
被保険者氏名			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
住 所	----- 連絡先										
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	所在地										
	名 称		連絡先								
入所（院）年月 日（※）	平成・令和 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			個人番号							
	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	市町村民税		課税 ・ 非課税									

非課税年金の有無	有・無		年金種別	遺族年金※・障害年金			※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。					
							非課税年金「有」の場合は、 <u>受給している年金に○してください。</u>					
収入等に関する申告	負担段階			収入区分				預貯金等の合計額				
	第1段階	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者						単身1000万円（夫婦2000万）以下			
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入額（※）＋ その他の合計所得金額	80万円以下		単身650万円（夫婦1650万）以下					
	第3段階①	<input type="checkbox"/>			80万円超 ～ 120万円以下		単身550万円（夫婦1550万）以下					
	第3段階②	<input type="checkbox"/>			120万円超		単身500万円（夫婦1500万）以下					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに										
	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 () ※内容を記入してください				

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

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また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。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。
- (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。

※裏面の同意書欄もご記入下さい。

受付	入力

同意書

大分市長 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、大分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。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

備考