

介護保険負担限度額等に関する認定申請書

年 月 日

草加市長 宛て

住所

申請者 氏名

続柄 ()

電話・FAX番号

()

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																		
氏名		個人番号																		
生年月日	T・S	年		月		日		性別	男 ・ 女											
住所	〒																			
連絡先	電話・FAX番号 ()																			
利用施設の所在地及び名称(※)	連絡先																			
入所年月日(※)	年	月	日	※介護保険施設に入所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	※「無」の場合は、以下の記載は不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日																	
	氏名		個人番号																	
	住所	〒																		
	連絡先	電話・FAX番号 ()																		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		市町村民税の課税状況	課 税 ・ 非課税																

収入・預貯金等に関する申告	<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																		
		預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下																		
	<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80万円以下の方 (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。																		
		預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下 ※1																		
	<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80万円超120万円以下の方 (受給している年金に○してください)																		
		預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下 ※1																		
	<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120万円超の方 (受給している年金に○してください)																		
		預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下 ※1																		
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) カッコ内に内容を記載してください。	()	円														

※1 第2号被保険者(65歳未満の方)は預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下

注意事項

- 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。記入いただいた全ての預金口座等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又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。

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することを同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

本人 ・ 配偶者 が、身体の状況等により署名できないため、本人 ・ 配偶者 の意思を確認のうえ、私が 本人 ・ 配偶者 に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名

続柄