

介護保険負担限度額認定申請書

《表面》

平成 年 月 日

(宛先) 周南市長

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	Ⓜ		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 保険施設の所在地 及び名称											電話番号	()	-	※入所(院)していない場合 及びショートステイ利用 の方は、記入不要です。	
入所(院)年月日	昭・平	年	月	日												

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		※「無」にチェックした場合は、「配偶者に関する事項」の記入は不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭・平										
	氏 名				生年月日	年 月 日										
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ														
	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		<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 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													
	<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 です。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>										受給しているすべての 年金の保険者に〇して 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】収入額の合計額が 年額 80 万円を超えます 。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>													
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が 1000 万円（夫婦は合計 2000 万円）以下 です。 <small>※通帳等の写しを添付してください。</small>													
	預貯金額	円			有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円			その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	(内容)					円

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者	氏 名						電話番号	()	-
	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、別世帯の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、余白に記入するか又は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。
- (5) 負担限度額認定の適用は、原則として申請日（周南市で受け付けた日）の属する月の初日からとなります。

周南市確認欄							受付印
受 付	<input type="checkbox"/> 窓口		<input type="checkbox"/> 郵送		世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
認定結果	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 (非該当)	配偶者課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
適用年月日	平成	年	月	日から	資 産 合 計	<input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> 基準超過
有効期限	平成	年	月	日まで	本人の収入等	<input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 80万円以上
交付年月日	平成	年	月	日	老福年金・生保	<input type="checkbox"/> 受給	<input type="checkbox"/> 非受給

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

同 意 書

(宛先) 周南市長

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、周南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。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印