

介護保険負担限度額認定申請書

別府市長 へ

年 月 日

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				
				性別	男 ・ 女			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭			年	月		日	
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 (※)	所在地	(〒 -)			電話番号			
	名称	(特養・特養(地域)・老健・療養型・介護医療院・ショート)						
入所(院)年月日 (※)	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	(〒 -)			電話番号				
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	(〒 -)			左記を記入した場合					
				配偶者の市町村民 税課税状況		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		預貯金等が1,000万以下					
	<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 合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。		預貯金等が650万以下					
	<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 合計所得金額の合計額が年額80万円超120万円以下です。		預貯金等が550万以下					
	<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 合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。		預貯金等が500万以下					
非課税年金受給		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		「有」の場合は、以下の「年金の種類」「年金保険者」 について、当てはまるもの全てにチェックをして下さい。				
年金の種類		<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金		年金保険者		<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済		
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一定額(配偶者がいる場合は上記の金額プラス1000万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり							
	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

別府市記入欄(支1・支2・1・2・3・4・5)				課税区分 本人: 世帯:			
決裁年月日	年 月 日			適用年月日	年 月 日		
交付年月日	年 月 日			有効期限	年 月 日		
決定区分	交付する ・ 交付しない			減額認定事項	第1/第2/第3①/第3②(段階)		

課長	係長	審査	受付

裏面もご記入ください

同意書

別府市長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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。)に配偶者の有無、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、別府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

<配偶者> 住所
氏名

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。

フリガナ		事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者氏名		連絡先	
申請者住所		本人との関係	
申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。			
氏名			印

注意事項

- (1) この申請における「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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。