

# 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 藤岡市長

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<br>被保険者氏名          |                                                       | 申 請 日  | 年 月 日        |
|                         |                                                       | 被保険者番号 |              |
| 生 年 月 日                 | 年 月 日                                                 | 個人番号   |              |
| 住 所                     | 〒 連絡先                                                 |        |              |
| 介護保険施設<br>の名称 (※1)      |                                                       |        | 入所(院)年月日(※1) |
|                         |                                                       |        | 年 月 日        |
| 決定通知及び認定証の<br>希望送付先(※2) | 1 入所施設    2 ケアマネジャー(事業所名)    )<br>3 自宅    4 その他(    ) |        |              |

(※1) 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。  
(※2) 介護保険施設に入所(院)されている方は、原則として「1 入所施設」を選択してください。

## 配偶者に関する事項

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縁関係の者を含みます。

|                            |              |                                      |          |
|----------------------------|--------------|--------------------------------------|----------|
| 配偶者の有無                     | 有 ・ 無        | 配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」欄の記入は不要です。 |          |
| フリガナ<br>配偶者氏名              |              | 市民税課税状況                              | 課税 ・ 非課税 |
|                            |              | 生 年 月 日                              | 年 月 日    |
|                            |              | 個人番号                                 |          |
| 住 所                        | (□被保険者と同じ) 〒 |                                      |          |
| 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) | 〒            |                                      |          |

## 非課税年金に関する申告

非課税年金を受給している場合は、受給している全ての年金保険者に○をしてください。

|                  |       |       |                             |
|------------------|-------|-------|-----------------------------|
| 非 課 税<br>年 金 受 給 | 有 ・ 無 | 年金保険者 | 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済 |
|                  |       | 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。

## 市記入欄

(裏面に続く)

|                       |                          |          |          |             |         |     |           |            |         |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------|----------|-------------|---------|-----|-----------|------------|---------|--------------------|
| 交付年月日                 | 所 得 の 状 況 及 び 認 定 記 入 欄  |          |          |             |         |     |           |            |         |                    |
| 年 月 日                 | ・ 市民税課税状況                |          |          | ・ 所得分布の状況   |         |     |           | ・ 預貯金の合計金額 |         |                    |
|                       | 本 人                      | 課税 ・ 非課税 |          | 合計所得金額      |         | 円   | 単身 ・ 夫婦   |            |         |                    |
| 有効期間                  | 配 偶 者                    | 課税 ・ 非課税 |          | 公的年金等収入     |         | 円   | 円         |            |         |                    |
|                       | 世 帯                      | 課税 ・ 非課税 |          | 非課税年金収入     |         | 円   |           |            |         |                    |
| 年 月 日<br>～<br>年 月 日   | ・ 各種受給状況                 |          |          | ・ 利用者負担段階   |         |     |           |            |         |                    |
|                       | 生活保護受給                   | □有 □無    | 老齢福祉年金受給 | □有 □無       | 段階      |     | 適 ・ 不適    |            |         |                    |
| 個人番号<br>確認欄           | 身元 本人・代理人 ( )            |          |          |             | 代理権     |     | 番号 原・写    |            | 受付      |                    |
|                       | 免・個力・介専・( ) 国・後・介・社保・( ) |          |          |             | 委・介・( ) |     | 個力・通力・( ) |            | 郵・使・( ) |                    |
| 上記のとおり決定してよろしいか、伺います。 |                          |          |          |             |         |     |           |            |         |                    |
| 供 要 指 示               | 市 長                      | 副 市 長    | 部 長      | 副 部 長       | 課 長     | 係 長 | 担 当       | 決 裁        | 年 月 日   |                    |
|                       |                          |          |          |             |         |     |           | 完 結        | 年 月 日   |                    |
|                       |                          |          |          |             |         |     |           |            | 保 存     | 永 ・ 10 ・ 5 ・ 3 ・ 1 |
| 公 開 ・ 非 公 開           |                          |          |          | 開 示 ・ 非 開 示 |         |     |           | 分類番号 ・ ・   |         |                    |
|                       |                          |          |          |             |         |     |           |            |         |                    |

【 裏 面 】

預貯金等に関する申告

| 預 貯 金             | 有・無 | 氏名（口座名義人） | 金融機関名及び支店名 | 預 貯 金 額 |
|-------------------|-----|-----------|------------|---------|
|                   |     |           |            | 円       |
|                   |     |           |            | 円       |
|                   |     |           |            | 円       |
|                   |     |           |            | 円       |
|                   |     |           |            | 円       |
| 有 価 証 券           | 有・無 | 氏 名       | 種 類        | 評価概算額   |
|                   |     |           |            | 円       |
| その他<br>(現金・負債を含む) | 有・無 | 氏 名       | 種 類        | 金 額     |
|                   |     |           |            | 円       |
|                   |     |           |            | 円       |
| 合計                |     |           |            | 円       |

注意事項

- (1) 配偶者がいる場合は、配偶者の預貯金等についても記入してください。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の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。

同 意 書

(あて先) 藤岡市長

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、藤岡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(被保険者)>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印