

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 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 の名称 (※1)			入所(院)年月日(※1)
			年 月 日
決定通知及び認定証の 希望送付先(※2)	1 入所施設 2 ケアマネジャー(事業所名)) 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 配偶者氏名		住民税課税状況	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 (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 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。

(裏面に続く)

市記入欄

交付年月日	所得の状況及び認定記入欄									
年 月 日	・住民税課税状況			・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 ～ 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 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。										
決 裁	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 (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