

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

(申請先)

能美市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)

個人番号(マイナンバー)を必ずご記入ください。

申請者に関する事項	フリガナ	ミ イチロウ	被保険者	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	被保険者氏名	能美 一郎	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	生年月日	大・昭・平 〇年 〇月 〇日	性別	男・女										
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 能美市 〇〇町〇〇番地	連絡先	〇〇 - 〇〇〇〇										
	入所した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 (施設名) 特別養護老人ホーム〇〇〇	連絡先	〇〇 - 〇〇〇〇										
入所年月日(※)	平 〇 年 〇 月 〇 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		左記に「配偶者に関する事項」欄は、記入不要です。											
フリガナ	ミ ハナコ		市町	の課税状況										
氏名	能美 花子		課税	・ 非課税										
生年月日	大・昭・平 〇年 〇月 〇日		個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 能美市 〇〇町〇〇番地		配偶者には、世帯分離している場合や婚姻届を提出していない事実婚も含まれます。また、DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や配偶者が行方不明の場合等は記載する必要がありません。											
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)														

被保険者本人が届出をする場合は、下記は記入不要です。

↓※日中連絡のつく連絡先(自宅・勤務先・携帯)

届出者名	能美 太郎	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇										
届出者住所	能美市〇〇町〇〇番地	本人との関係	子										

裏面の申告欄・同意書についてもご確認の上、必ず記入してください。

※注意事項

- 申請書における「配偶者」については、世帯分離をして
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有し
- 虚偽の申告により不正に特定入居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。
- 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を能美市で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

申請内容の確認のため連絡させていただくことがあります。必ず日中に連絡のつく連絡先をご記入ください。

<市記入欄>

交付年月日	決定	所得区分	備考	受付
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②		<input type="checkbox"/> 預貯金等写し添付 <input type="checkbox"/> 同意書記入あり
適用年月日				
令和 年 月 日から				
有効期限	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 市民税本人課税 <input type="checkbox"/> 市民税配偶者課税 <input type="checkbox"/> 市民税世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等要件不足 <input type="checkbox"/> その他 ()		
令和 月 日まで				

申請者記入欄 (続き)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に ○して下さい 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 checked="" type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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。 ※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。	
	<input type="checkbox"/> 3-① 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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、120 万円以下です。	
	<input type="checkbox"/> 3-② 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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 万円を超えます。	

預貯金等に関する申告者 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が、1の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、2の方は650万円(同1,650万円)、3-①の方は550万円(同1,550万円)、3-②の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※預貯金等がわかるものの写しは別添のとおり		
	申請者	預貯金	<input type="checkbox"/> ○○ 銀行 農協・信金 <input checked="" type="checkbox"/> ■■ 本店 支店 <input type="checkbox"/> □□ 銀行 農協 信金 <input checked="" type="checkbox"/> 本店 支店 銀行・農協・信金 本店・支店 円
		有価証券等	(種類) 国債 評価概算額 3,000,000円 (種類) 評価概算額 円
		その他	現金・負債・その他 () 4,000円 現金・負債・その他 () -200,000円
	申請者合計		4,004,000円
	配偶者	預貯金	<input type="checkbox"/> ○○ 銀行・農協・信金 <input checked="" type="checkbox"/> 本店 支店 11,111円
		有価証券等	(種類)
		その他	現金・負債・その他
		配偶者	

① 預貯金についてはご利用の金融機関のものをすべてご記入ください。(欄が足りないものは別紙にご記入ください。) また、通帳の写し(通帳表紙裏など口座情報がわかるページ及び申請日から2か月以内の残高のわかるページ)を添付ください。

② 有価証券については評価額をご記入ください。有価証券とは、株式・国債・地方債・社債・小切手などです。

③ その他については、現金や金・銀(評価額のわかるもの)、負債などについてご記入ください。負債がある場合は、借用書の写しなど書類の添付が必要です。

※1 配偶者が「有」の場合は、配偶者の預

同意書

(宛先) 能美市長

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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(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、能美市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

「配偶者の有無」で「有」に○をつけた場合は配偶者の分も必ずご記入ください。世帯分離している場合も含まれます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

<本人>

住所 能美市 〇〇町〇〇番地

氏名 能美 一郎

<配偶者>

住所 能美市 〇〇町〇〇番地

氏名 能美 花子