

介護保険負担限度額認定申請書

大野城市長あて

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。

ふりがな	おおの じょー		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	0	0
被保険者氏名	大野 ジョー		個人番号										
生年月日	昭和11年11月11日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	本籍	福岡	都道府県	大野城市	市区町村					
住所	〒816-8510 大野城市曙町2丁目2-1		電話番号	501-2211									
利用サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ		<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 入所中、または入所 予定の施設にチェック </div>								
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒816-0934 大野城市曙町3丁目8-3 施設名：介護老人保健施設 ここふる館		電話番号 558-5000										
入所（院）年月日（※）	令和3年6月1日		（※）欄は、介護保険施設に入所しない場合は記入不要です。										
配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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	ふりがな	おおの まどか		生年月日	昭 12 年 12 月 12 日生								
	氏名	大野 まどか		個人番号									
	住所	〒同上		課税	<input checked="" type="radio"/> 非課税								
	本年1月1日現在の住所	〒		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 配偶者には、別居中や内縁関係も含まれます。 </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 非課税証明の添付がない場合、市で調査を行います。調査にはお時間がかかるため、認定証の発行が遅れる場合があります。 </div>									
収入等に関する申告（いずれかにチェックをつけてください）	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の課税年金収入額と額80万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 課税状況や収入が分からない場合は 市で記入しますので、 空欄で提出してください。 </div>										
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の課税年金収入額と【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。（受給している年金に○をつけてください。）												
預貯金等の申告 ※夫婦合計	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の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。（受給している年金に○をつけてください。）												
	預貯金額	1,602,830円		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 預貯金や有価証券などは、申請日から遡って2ヶ月以内の残高がわかるものが必要です。申請前に記帳をお願いします。 </div>									

※裏面も記入してください。

申請者が本人の場合には、申請者欄について記載は不要です。

申請者氏名	菊池 城子	本人との関係	長女
申請者住所	〒861-0425 熊本県山鹿市菊鹿町米原443-1 電話番号 0968-11-1111		
申請内容について、収入・預貯金等の内容を本人（又は配偶者等）に確認しました			



※ 認定通知及び認定証の送付先 (いずれかに○をお付けください)	必ず捺印してください。 みとめ印で可です。
・ 住民票住所もしくは届出済みの送付先	・ 申請者住所

※注意事項※

- (1) 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及び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。

照 会 同 意 欄

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に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 3 年 6 月 10 日

〈 本人 〉

住所 大野城市曙町2丁目2-1

氏名 大野 ジョー



〈 配偶者 〉

住所 同上

氏名 大野 まどか



必ず捺印してください。
捺印のない申請書は受付できません

印鑑は「みとめ印」で可です。

夫婦で印鑑を1つしか所有していない場合など、やむを得ない場合を除き、印鑑はそれぞれ本人のものを使用し、夫婦で同じ印鑑を捺印することは避けてください。

※保険者記入欄※

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	<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"/> 第4段階
年 月 日 から	※世帯状況 (___ 人 <input type="checkbox"/> 世帯非課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税)
有効期限	別世帯配偶者 <input type="checkbox"/> 有 (課税 ・ 非課税) <input type="checkbox"/> 無
年 月 日 まで	非課税年金収入 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 円) <input type="checkbox"/> 無
	年金収入 _____ 円 生 (有・無)
	その他所得 _____ 円 老 (有・無)
配偶者の非課税証明: <input type="checkbox"/> 不要 (1月1日大野城市在住) <input type="checkbox"/> 有 (1月1日大野城市外在住)	
資産等の証明: <input type="checkbox"/> 通帳、証券等の写し <input type="checkbox"/> その他 (_____)	