

介護保険負担限度額認定申請書

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。① 新規 **更新** ・変更

② 個人番号		③ 被保険者番号	
④ 被保険者名前 フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎		⑤ 生年月日 年 月 日 (第1号被保険者・第2号被保険者) 65歳以上 65歳未満	
⑥ 被保険者住所 福山市 東桜町 丁目 3 番 5 号 番地 電話番号 (084)928-1166			
⑦ 介護保険施設の名称		入所(院)年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> ショートステイを利用			
⑧ 配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「無」の場合、「配偶者について」欄は記入不要です。			
配偶者について	フリガナ	カイゴ ハナコ	⑩ 個人番号
	名前	⑨ 介護 花子	⑪ 生年月日 1913年 10月 10日
	住所	⑬ 福山市 東桜町 丁目 3 番 5 号 番地	⑫ 市町村民税課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
収入等に関する申告			
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は世帯全員が市民税非課税であって、老齢福祉年金受給者に該当します。			
⑭ <input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が80万円以下です。 → 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。			
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が80万円超120万円以下です。 → ⑮ 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 type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税であって、本人の公的年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が120万円を超えます。 →			

- ① 初めて申請する方は「新規」に、認定証の更新で申請する方は「更新」に、所得等が変更したため申請する方は「変更」のいずれかに○印をしてください。
- ② 認定申請対象者となる、被保険者の個人番号を記入してください。
- ③ 認定申請対象者となる、被保険者の被保険者番号を記入してください。
- ④ 認定申請対象者となる、被保険者の名前及びフリガナを記入してください。
- ⑤ 認定申請対象者となる、被保険者の生年月日を記入し、第1号又は第2号被保険者のどちらかに○印をしてください。
- ⑥ 認定申請対象者となる、被保険者の住所及び電話番号を記入してください。
- ⑦ 申請時に介護保険施設に入所(院)している場合は、その施設の名称、入所(院)年月日を記入してください。ショートステイを利用する場合は、にチェックしてください。
- ⑧ 配偶者がいる場合は「有」に、配偶者がいない場合は「無」にチェックしてください。
- ⑨ 配偶者の名前及びフリガナを記入してください。
- ⑩ 配偶者の個人番号を記入してください。
- ⑪ 配偶者の生年月日を記入してください。
- ⑫ 配偶者が市町村民税課税者の場合は「課税」に、非課税者の場合は「非課税」にチェックしてください。
- ⑬ 配偶者の現住所を記入してください。
- ⑭ 該当する欄にチェックしてください。
- ⑮ 受給している全ての年金の保険者に○印をしてください。

裏面へ続く

記入例続き

遺族年金・障がい年金受給の有無 ^{①⑥} <input checked="" type="checkbox"/> 有 【遺族年金・障がい年金】 (受給している年金に○してください) <input type="checkbox"/> 無			
預貯金等に関する申告			
預貯金や有価証券等の合計金額は次のとおりです。			
①⑦ 預貯金	有価証券	負債	その他(タンス預金)
12,345,678円	0円	0円	50,000円
※ 預貯金などを複数所持している場合は、その合計金額を記入してください。また、配偶者がいる場合には、申請者と配偶者の合計金額を記入してください。 ※ 金額の分かる書類の写しを添付してください(通帳の写しなど)。			
提出者名前	本人との関係	連絡先 (自宅・携帯電話・勤務先)	
①⑧ 介護 一郎	子	(084)928-1166	

※ この申請書における「配偶者」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。
 ※ この申請書における「遺族年金」は、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、及び遺児年金を含みます。
 ※ 虚偽の申告により、不正に特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けたときは、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給を受けた額及び最大2倍の加算金を納めていただく場合があります。

申請書裏面

同意書

福山市長様

介護保険負担限度額認定に関して必要があるときは、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。)に私の世帯及び配偶者(内縁

認定結果を伝えることに同意します。

○年 ○月 ○日

住 所 福山市東桜町3番5号

①⑨ 被 保 険 者 名 介護 太郎

住 所 福山市東桜町3番5号

②⑩ 配 偶 者 名 介護 花子

申請者本人及び配偶者の預貯金額が分かる通帳の写し(A4判)を添付してください。

②① (写しは、①金融機関名・支店・口座番号・名義が分かる部分と②申請日の直近か2か月前までの期間の残高が分かる部分が必要です。)

申請書(表面)の「有価証券」、「負債」、「その他」欄に金額を記入した場合は、その額が分かる書類の写し(A4判)を添付してください。

- ①⑥ 遺族年金・障がい年金を受給している場合は「有」に、受給していない場合は「無」にチェックしてください。「有」の場合、受給している年金に○印をしてください。
- ①⑦ 預貯金・有価証券・負債などの保有状況を記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者の保有状況と合計して記入してください。
- ①⑧ 提出者の名前、被保険者との関係及び連絡先を記入してください。
- ①⑨ 認定申請対象者となる被保険者の住所・名前を記入してください。
- ②⑩ 配偶者がいる場合は、配偶者の住所・名前を記入してください。
- ②① 必要な書類を添付しているか確認し、チェックしてください。