

介護保険負担限度額認定申請書

北上市長(保険者番号：032060) 様 令和 年 月 日

介護保険法施行規則第83条の5に規定する要件に該当するので、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		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日										
住所	〒 - 住所： 連絡先：()												

介護保険施設への入所(院)の有無(予定を含む)	有 ・ 無	左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。										
介護保険施設の名称等	〒 - 住所： 施設名： 電話番号：() (施設入所 ・ 短期入所) 左記のどちらかに○											
入所(院)年月日	平成・令和 年 月 日											

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日								
	住所	〒 - 連絡先()										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記載)	〒 -										

収入の申告	☐ 生活保護受給者											
	☐ 老齢福祉年金受給者(明治44年4月1日以前に生まれた人など)											
	☐ 非課税年金受給者[遺族年金 ・ 障害年金]											
資産の申告	預貯金額		円	有価証券(評価概算額)		円	その他		円			

決定通知の送付先

☐ 本人	☐ 申請者	☐ 施設	☐ その他 ()
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

申請者記載欄(申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。)

氏名等	氏名： 本人との関係：										
住所等	〒 - 住所： 連絡先：()										

注意事項

- 1 この申請書における「配偶者」には、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。
- 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、そのすべ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。

＜裏面へ続く＞

銀行等への口座照会に対する同意書

北上市長 殿

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、北上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。

令和 年 月 日

〈本人〉住所：

氏名：

〈配偶者〉住所：

氏名：

[市記入欄 *記入しないでください。]

未納 有・無	配偶者 有・無	配偶者課税状況 課税・非課税	資産合計	円	
世帯課税状況 課税・非課税			被保険者本人の収入		
世帯主： 世帯員：			所得	円	
			課税年金	円	
			非課税年金	円	
			合計	円	
段階区分	収入要件		資産要件		該非
第1段階	☐	生活保護受給者又は 老齢福祉年金受給者	☐	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	該・非
第2段階	☐	所得＋課税年金＋非課税年金が 80.9万円以下	☐	単身： 650万円以下 夫婦：1,650万円以下	該・非
第3段階①	☐	所得＋課税年金＋非課税年金が 80.9万円超120万円以下	☐	単身： 550万円以下 夫婦：1,550万円以下	該・非
第3段階②	☐	所得＋課税年金＋非課税年金が 120万円超	☐	単身： 500万円以下 夫婦：1,500万円以下	該・非
交付年月日		備考			受付印
令和 年 月 日					
適用年月日					
令和 年 月 日					
有効期限					
令和 年 月 日					