

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被保険者名前 フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎		④被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 ⑤生年月日 1913年10月10日
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 ※ 介護保険施設に入所(院)していない場合は記入不要です。 特別養護老人ホーム ○○○園	所在地 ○○市○○町○○番地	入所(院)年月日 2011年○月○日
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
	⑨名前 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	⑫市町村民税課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合のみ記入) ⑭○○市 ○○町 ○○番地	
収入等に関する申告		
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税であって、老齢福祉年金受給者に該当します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と ⑮遺族年金・障がい年金収入額の合計額が年額80万円以下です。		
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 遺族年金・障がい年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。		
		受給している全ての年金の保険者に○し てください ⑯ 日本年金機構 地方公務員共済 【 国家公務員共済 私学共済 】

- 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 減額申請対象者となる、被保険者の個人番号を記入してください。
- ③ 減額申請対象者となる、被保険者の名前及びフリガナを記入してください。
- ④ 減額申請対象者となる、被保険者の被保険者番号を記入してください。
- ⑤ 減額申請対象者となる、被保険者の生年月日を記入してください。
- ⑥ 減額申請対象者となる、被保険者の住所及び電話番号を記入してください。
- ⑦ 申請書提出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、所在地及び入所年月日を記入してください。
- 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 配偶者の住所が本年1月1日現在の住所と異なる場合、1月1日現在の住所を記入してください。
- ⑮ 市町村民税世帯非課税者となる被保険者は、該当する欄にチェックしてください。
- ⑯ 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



記入例続き

遺族年金・障がい年金(17) 受給の有無		<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	
		「有」の場合、年金の <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
		保険者への届出住所 <input checked="" type="checkbox"/> それ以外 (住所: ○○県○○市○○町○○番地)	
<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金や有価証券等の合計金額が1,000万円(配偶者がいる場合は、2,000万円)以下です。			
(19)	預貯金	有価証券	負債
	12,345,000円	0円	0円
	その他(タンス預金) 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(本人の場合は記入不要)		本人との関係	連絡先(自宅・携帯電話・勤務先)
(20) 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

(21)

被保険者名 介護 太郎

介護 印

住所 福山市東桜町3番5号

(22)

配偶者名 介護 花子

介護 印

- 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。

(23)

(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申請日の直近から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。

- ①7 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。
- ①8 遺族年金・障がい年金「有」の場合、年金保険者への届出住所にチェックしてください。「それ以外」にチェックされた場合、年金保険者への届出住所を記入してください。
- ①9 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。
- ②0 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。
- ②1 申請者(認定申請対象者となる被保険者)の住所・名前を記入し押印してください。
- ②2 配偶者がいる場合は、配偶者の住所・名前を記入し押印してください。
- ②3 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。