

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

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			個人番号											
生年月日	年	月	日	性別										
住所											電話番号			
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒										連絡先			
入所(院)年月日(※)	年	月	日	(※) 介護保険施設に入所(院)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	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	フリガナ														
	氏名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	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)														
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税														

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください) ※ 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。										受給している全ての年金の保険者に○してください 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 type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○してください)										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input 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1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①~④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です										
		預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	() (※)	円				

(※) 内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係

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は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

(裏面)

同 意 書

(あて先) 日高市長

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、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）及び世帯を同一にする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、報告を求めることに同意します。

また、貴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、私の配偶者及び世帯を同一にする者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

<世帯を同一にする者>

住 所

氏 名

<世帯を同一にする者>

住 所

氏 名

<世帯を同一にする者>

住 所

氏 名

※本人・配偶者（ありの場合）の欄は必ずご記入ください。

※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は余白に記載して差し支えありません。

※“世帯を同一にする者”の署名は、負担限度額の認定を受ける年度の暦年の1月2日以降に日高市に転入してきた方がいる場合のみ、その方の署名をご記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 日高市長 △△ ○○年 ○月 ○日

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	ヒダカ イチコ	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
被保険者氏名	日高 市子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日	性別	女
住所	〒350-1292 日高市大字南平沢1020番地 電話番号 042-989-2111		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒350-12○○ 日高市大字○○○△△番地 (施設名) 連絡先 042-989-xxxx		
入所(院)年月日(※)	平成 ○○年 ○月 ○日	(※) 介護保険施設に入所(院)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	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	フリガナ	ヒダカ タロウ	
	氏名	日高 太郎	
	生年月日	昭和 ○ 年 ○月 ○日	個人番号
	住所	〒350-1292 日高市大字南平沢1020番地 連絡先 042-989-2111	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税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○してください 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市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※ 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市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告	<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1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①~④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です		
	預貯金額	1,000,000 円	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む) () 円

(※) 内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	日高 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	042-989-2111
申請者住所	〒350-1292 日高市大字南平沢1020番地	本人との関係	子

注意事項

- 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又は内縁関係の者を含みます。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

同意書

(あて先) 日高市長

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、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）及び世帯を同一にする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、報告を求めることに同意します。

また、貴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、私の配偶者及び世帯を同一にする者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

△△〇〇年 〇月 〇日

<本人>

住所 日高市大字南平沢1020番地

氏名 日高 市子

<配偶者>

住所 日高市大字南平沢1020番地

氏名 日高 太郎

<世帯を同一にする者>

住所 日高市大字南平沢1020番地

氏名 日高 次郎

<世帯を同一にする者>

住所

氏名

<世帯を同一にする者>

住所

氏名

※本人・配偶者（ありの場合）の欄は必ずご記入ください。

※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は余白に記載して差し支えありません。

※“世帯を同一にする者”の署名は、負担限度額の認定を受ける年度の暦年の1月2日以降に日高市に転入してきた方がいる場合のみ、その方の署名をご記入ください。