

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 富士市長

住 所

(申請者) 氏 名

(被保険者との関係)

電話番号 () -

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 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | | 男・女 | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 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 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | 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"/> | 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を○で囲んで下さい。 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"/> | 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※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金を○で囲んで下さい) ※ 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"/> | 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。(受給している年金を○で囲んで下さい) | |
| | <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【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。(受給している年金を○で囲んで下さい) | |

◎ 裏面もご記入ください。

富士市記入欄

| | | | | | |
|-------|--------|----------|---------------------------------------|--------------|-------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 世帯の状況 | 人 | 課税 () ・ 非課税 | |
| 適用年月日 | 年 月 日 | 生活保護 | あり・なし | 老齢福祉年金 | あり・なし |
| 有効期限 | 年 月 日 | 資産の状況 | 基準(①1,000、②650、③(1)550、③(2)500)以下・基準超 | | |
| 判定結果 | 承認・不承認 | 収入等の合計 | | | |
| 負担段階 | 第 段階 | 給付減額の有無 | あり (~) ・ なし | | |
| 判定者 | | 課税特例減額措置 | 該当 (居住費のみ、食費のみ、両方) ・ 非該当 | | |

(表面からの続き)

| 預貯金等に関する申告 | 被保険者 | | 配偶者 | |
|------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金額 (普通・定期) | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 |
| | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 |
| | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 |
| | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 | 銀行・信金 農協・労金 支店 | 円 |
| 有価証券・ 投資信託等 | 種類 | 評価概算額 | 種類 | 評価概算額 |
| | | 円 | | 円 |
| その他 (現金、負債 等を含む) | 種類 | 金額 | 種類 | 金額 |
| | | 円 | | 円 |
| 合計 | | 円 | | 円 |

同意書

(宛先) 富士市長

- ① 私は上記申請の結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所及びサービス事業所に対して情報提供することについて同意します。
- ② 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、富士市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶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

<被保険者>

住所

氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。※記名の横に被保険者の印を押してください。)

<配偶者>

住所

氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。※記名の横に配偶者の印を押してください。)

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保有している場合は、そのすべてを記入し、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、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。