

# 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 新宮市長

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。

令和4年7月20日

(個人番号が不明の場合など、個人番号欄が空白でも受け付けます。)

被保険者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号									
	フリガナ	カイゴ タロウ										生年月日		明・大・昭							
	氏名	介護 太郎												10年 11月 12日							
	住所	〒 647 - ××××												(電話) 23 - 3346 新宮市〇〇1丁目2番3号							
	入所(院)介護保険施設の所在地及び名称	(ショートステイの場合、この欄の記載は不要です) 〒 -													(電話) -						
	施設名																				
	入所(院)日	年 月 日																			

配偶者の有無	有	無	「無」の場合は、「配偶者に関する事項」は記載不要です※																			
配偶者に関する事項	フリガナ	カイゴ ハナコ										個人番号										
	氏名	介護 花子										生年月日		明・大・昭 18年 8月 7日								
	住所	(被保険者と異なる場合のみ記入してください) 〒 -													(電話) -							
	本年1月1日現在の住所	(被保険者と異なる場合のみ記入してください) 〒 -													(電話) -							
	課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税																				

※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婚姻届を提出していない事実婚も含みます。

申請者※	氏名	介護 一郎										被保険者との関係		長男							
	住所	〒 647 - ××××												(電話) 090 - ×××× - ××××							
		新宮市△△△2丁目3番4号																			

※申請者が被保険者本人の場合には、記載不要です。

裏面の記入もお願いします

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	第1段階	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"/>	第2段階	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください)
	<input type="checkbox"/>	第3段階①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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。(受給している年金に○してください)
	<input checked="" type="checkbox"/>	第3段階②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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。

利用者負担段階ごとの預貯金等に関する申告（預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです）※					
<input type="checkbox"/>	第1段階に該当し、預貯金、有価証券等の金額の合計額が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。				
<input type="checkbox"/>	第2段階に該当し、預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。				
<input type="checkbox"/>	第3段階①に該当し、預貯金、有価証券等の金額の合計額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。				
<input checked="" type="checkbox"/>	第3段階②に該当し、預貯金、有価証券等の金額の合計額が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。				
預貯金額	3,456,789 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)	0 円

※通帳等の写しは、金融機関の名称・支店・口座番号・名義のわかる部分と過去2か月のお取引及び最終残高がわかる部分の写しが必要です。

注意事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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、その全てを記入してください。</li> <li>2. 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。</li> <li>3. 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。</li> </ol>
------	--

## 同意書

(あて先) 新宮市長

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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(事実婚である者を含む。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、新宮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4年7月20日

〈本人〉 住所 新宮市〇〇1丁目2番3号

氏名 介護 太郎

〈配偶者〉 住所 新宮市〇〇1丁目2番3号

氏名 介護 花子