

介護保険負担限度額認定申請書

別府市長 あて

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				被保険者番号						
被保険者氏名				個人番号						
				生年月日	年 月 日					
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 (※)	所在地	(〒 -)			電話番号					
	名称	(特養・特養(地域)・老健・療養型・介護医療院・ショート)								
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			配偶者の有無が「無」の場合、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	(〒 -)			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"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	単身1,000万円以下 夫婦は2,000万円以下				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、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〇してください) <small>※遺族年金、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。</small>	単身650万円以下 夫婦は1,650万円以下				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、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。	単身550万円以下 夫婦は1,550万円以下				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、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 。	単身500万円以下 夫婦は1,500万円以下				
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②1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方650万円(同1,650万円)④の方は550万円(同1,550万円)⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)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。

別府市記入欄(支1・支2・1・2・3・4・5)				課税区分 本人: 世帯:			
決裁年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
決定区分	交付する ・ 交付しない		減額認定事項	第1/第2/第3①/第3②(段階)			

課長	係長	審査	受付

裏面もご記入ください

同意書

別府市長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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。)に配偶者の有無、私及び私の配偶者(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、別府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

<本人> 住所
氏名

<配偶者> 住所
氏名

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。

フリガナ		事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者氏名		電話番号	
申請者住所	〒	本人との関係	
申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。		氏名	印

注意事項

- (1) この申請における「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、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。