

介護保険 負担限度額認定申請書

フリガナ												
被保険者氏名	被保険者番号											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号						
住所	〒 _____ 電話番号 _____											
入所している介護保険施設						入所年月日	年 月 日					
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に記入してください。										
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である第2号被保険者又は老齢福祉年金受給者										□預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税・【遺族・障害】年金収入額と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○をつけて下さい。										□預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税・【遺族・障害】年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以上120万円以下です。 ※ 受給している年金に○をつけて下さい。										□預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税・【遺族・障害】年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円以上です。 ※ 受給している年金に○をつけて下さい。										□預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下
預貯金等に関する申告						申請者			配偶者			
	預貯金					円						
	有価証券 (評価概算額)					円			円			
	その他(現金・負債を含む) ※内容を記入					() ※ 円			() ※ 円			
<p>朝倉市長 上記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。 また、朝倉市が私の世帯及びその収入・課税状況並びに年金及び生活保護の受給状況について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>申請者(本人) _____ 申請代行者 _____</p> <p>住所 _____ 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 氏名 _____ 本人との関係 ()</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>												

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、複数の口座を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、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。
- (5) 遺族年金に、寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児年金を含みます。

裏面の同意書にも必ずご記入ください。

同意書

朝倉市長

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、朝倉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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名
