

介護保険負担限度額認定申請書

申請日は記入不要です

年 月 日

(申請先)

宮崎県日南市長

次のとおり関係書類を添えて、食事・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	カイゴ タロウ	被保険者番号	4	3	5	4	8	9	7	2	0	0
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号										
生年月日	昭和25年 5月 15日	性別	男									
住所	日南市中央通1-1-1 連絡先 0987-31-1111											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	日南市中央通1丁目 介護支援センター 連絡先 <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px; text-align: center;"> ショートステイ利用の場合は、入所施設名称のあとに「」書きでショートステイとご記入ください。 </div>											
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(有)の場合は必ずご記入ください

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										

代理人による申請の場合はご記入ください

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老齢福祉年金受給者										
	<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82万6千5百円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※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。										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税者であって、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82万6千5百円を超え、120万円以下です。										
	<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。										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下。										
	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					

金額の記入をお願いします

※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・連絡先)
申請者住所	本人との関係

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。
- 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。

個人番号確認実施者	窓口に来た人	代理人から個人番号提供を受ける場合		被保険者の個人番号の確認方法	
		代理権を確認するもの	代理人の確認		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 対象者の介護保険証 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行した書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> カード未持参 <input type="checkbox"/> 身元確認証不足 <input type="checkbox"/> 代理権確認書類不足

同意書

日南市長 殿

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、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 日南市中央通1-1-1

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所

氏名