

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 鴻巣市長

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															
住所	〒			連絡先											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒			連絡先											
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・平	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									

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80万円以下です。 <small>（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん大年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>														
	<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。														
	<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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<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（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。														
	預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円	その他 <small>（現金・負債を含む）</small>	円	（ ）※ 円 <small>※内容を記入してください</small>								

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・勤務先）
申請者住所	本人との関係

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、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。

(裏面)

同意書

鴻巣市長 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

氏名

<配偶者>

住所

氏名

委 任 状

代理人

住 所（あるいは事業所名）

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、介護保険負担限度額認定申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者

住 所

氏 名

印

（自署の場合不要）

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	身元確認	代理権確認	代理人身元確認	
<input type="checkbox"/> 記入あり ＊確認した物 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 （ ） <input type="checkbox"/> システム確認 <input type="checkbox"/> 記入なし <input type="checkbox"/> 職員記入 <input type="checkbox"/> システム確認	* 1点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 （ ） * 2点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	*法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 *任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	*家族申請 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 （ ） *事業者申請 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 包括職員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	確認日