

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																		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	連絡先																	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		
収入等に関する申告	☐ 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																		
	☐ 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80.9万円以下です。 (受給している年金に〇してください。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。以下同じ。																		
	☐ 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80.9万円を超え、 120万円以下です。																		
	☐ 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 ※通帳等の写しは別添	☐ 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 (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									

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