

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)橋本市長

※ 個人番号が分からない等の場合は、個人番号欄が空白でも受け付けます。

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。

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	2 0 3 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○				
	フリガナ	ハシモト タロウ		生年月日	明・大 ^昭 元 年 2 月 3 日生			
	氏 名	橋本 太郎						
	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 橋本市東家1-		※個人番号が分からない等の場合は、個人番号欄が空白でも受け付けます。				
	介護保険施設の所在地及び名称	※ショートステイの場合、この欄の記載は要しません。 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 橋本市〇〇町〇番〇						被保険者本人の氏名、住所・生年月日・被保険者番号を記入してください。施設の住所と被保険者住所が同じ場合施設住所は省略してください。
	施設名	〇〇荘						
	入所(院)日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						

配 偶 者 に 関 する 事 項	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		左記において「無」の場合は、配偶者の個人番号及び以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。				
	フリガナ	ハシモト ハナコ		個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
	氏 名	橋本 花子		生年月日	明・大 ^昭 元 年 2 月 3 日生			
	住所	被保険者	被保険者	(電話) 〇〇 - 〇〇〇〇				
		配偶者が有の場合、配偶者の氏名・生年月日・課税状況を記入してください。住所を記入する必要がある場合は住所の記入もお願いします。		橋本市東家△-△-△ (電話) 〇〇 - 〇〇〇〇 橋本市東家□-□-□				
課税状況	課税		<input type="radio"/> 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税					

※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婚姻届を提出していない事実婚も含みます。また、DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や配偶者が行方不明の場合などは記載する必要がありません。

申請者 (※被保険者自身が申請する場合、記載は不要です。)			
氏 名	橋本 二郎	被保険者との関係	次男
住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	(電話) 〇〇 - 〇〇〇〇	
	橋本市東家×-×-×		
来年度以降の更新の案内について上記の申請者様住所への送付を <input checked="" type="radio"/> 希望する ・ <input type="radio"/> 希望しない(来年度の更新案内の送付先:)			

結果の送付先
結果の送付先を指定される場合は該当箇所に○印をつけてください。 ○印がない場合は被保険者の現住所に送付します。
被保険者の住所 <input checked="" type="radio"/> 提出代行者の住所 ・ 施設 ・ その他 ()

【 裏 面 へ の 記 入 も お 願 い し ま す 】

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1段階	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2段階	市町村民税世帯非課税者 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> <small>※寡婦年金を含みます。以下同</small>			
	<input type="checkbox"/> 3段階①	市町課税合計 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>			
	<input type="checkbox"/> 3段階②	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>			
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	<input type="checkbox"/> 1段階	<input checked="" type="checkbox"/> 2段階 〔 単身650万円以下 夫婦1650万円以下 〕	<input type="checkbox"/> 3段階① 〔 単身550万円以下 夫婦1550万円以下 〕	<input type="checkbox"/> 3段階② 〔 単身500万円以下 夫婦1500万円以下 〕	
	預貯金額	〇〇〇〇 円	有価証券 (評価概算額)	〇〇〇〇 円	その他 (現金・負債を含む)

**該当する項目をチェックしてください。
(ご不明な場合は記入不要です。)
遺族年金・障害年金を受給している場合は、該当する年金に〇して下さい。**

注 (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等複数所有している場合は、その全てを記入してください。
 意 (2) 書き切れない場合は、余白に記入してください。
 事 (3) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護料を請求した場合には、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倍の返還を請求することがあります。

預貯金額の合計金額を記入してください。

同意書

(あて先) 橋本市長

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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(事実婚である者を含む。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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

**金融機関等への照会の同意について
記名してください。
※記入が無い場合、受付できません。**

<本人>

住所 **橋本市東家1-1-1**

氏名 **橋本 太郎**

<配偶者>

住所 **橋本市東家△-△-△**

氏名 **橋本 花子**

同意書について代筆者様ご記入の際は、代筆者様の記名をお願いいたします。(代筆者様のご住所記入・押印は不要です。)

代筆者 橋本 二郎