

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		個人番号		
被保険者氏名		被保険者番号		
		生年月日	年 月 日	
住 所	〒 -	連絡先		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 -	<input type="checkbox"/> ショートステイでの利用 連絡先		
入所年月日 (*)	年 月 日	(*) 介護保険施設に入所しない場合には、記入は不要です。		
結果送付先	<input type="checkbox"/> 入所施設に直接送付を希望する。 <small>※決定通知に関しては、原則被保険者の住民票上の住所に送付します。 ※住民票上以外の住所（入所施設を除く）に送付希望される場合は、別途送付先変更届を提出してください。</small>			
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	個人番号		
	氏名	生年月日	年 月 日	
	課税状況	住民税 課税 ・ 非課税		
	住 所 (別居の場合)	〒 -	連絡先	
	本年1月1日現在の住所	〒 -	※現住所と異なる場合	
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金※収入額の合計額が 年額80万円以下 です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金※の収入額の合計額が 年額120万円以下 です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金※収入額の合計額が 年額120万円を超えます 。 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。			
	預貯金額	有価証券 円 (評価概算額)	その他 円 (現金・負債を含む)	内容 () 円
筑後市長 様 上記の通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 申請者（被保険者本人） 氏名 _____ 申請書記入者（本人記入の場合不要） 住所 _____ 連絡先 _____ 氏名 _____ 申請者との関係 ()				(受付印)
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) 非課税年金は障害年金や遺族年金をいう。なお遺族年金には、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。 (3) 預貯金等について、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。 (4) 書ききれない場合は、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。				

市 記 入 欄	申請書記入者の本人確認		<input type="checkbox"/> 受付者	保険料滞納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護度	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 支援	認定結果		
	備考（世帯課税状況等）							<input type="checkbox"/>	第1段階	<input type="checkbox"/> 第3段階②
	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	課税 年金		非課税 年金	その他		<input type="checkbox"/>	第2段階	<input type="checkbox"/> 却下
						合計		<input type="checkbox"/>	第3段階①	()
	配偶者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税						入力・発令	令和	年 月 日
その他	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税						有効期限	自 令和	年 月 日	
その他	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税						至 令和	年 月 日	年 月 日	

同 意 書

筑 後 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