

介護保険負担限度額認定申請書

| | | | |
|-------|--------------------------------------|-----|------------------------------------|
| 代理申請者 | 本人申請の場合記載不要 | 委任状 | 私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) |
| | 住所： 電話番号：（ ） 氏名： (本人との関係：) | | 被保険者 本人氏名 ㊟ (本人自署の場合は押印不要) |

| | | | | | | | |
|----------|--------|----|-------|---|---|---|---|
| フリガナ | 保険者番号 | 1 | 9 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 被保険者氏名 ㊟ | 被保険者番号 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | |

| | | | |
|--------------------------|-------|--|-----|
| 住所 | 〒 | 電話番号 | () |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 | 電話番号 | () |
| 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、記入不要です。 | |

| | | | |
|------------------------|------|------|----------------|
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 氏名 | | |
| | 個人番号 | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 |
| | 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) | | | |

| | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|--|-------------|---|---------------|---|-------|---|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】(受給している年金に○して下さい)収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※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。 | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】(受給している年金に○して下さい)収入額の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり | | | | | | |
| | 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() | 円 |

(あて先) 甲府市長 年 月 日
 上記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の申請をします。
 なお、この申請の認定決定にあたり、私及び私の属する世帯の世帯員の高齢福祉年金受給情報・生活保護受給情報・市民税課税情報を調査することに同意します。

- 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。

保険者記入欄 介護保険負担限度額 決定 平成 年 月 日

| 限度額状況 | 利用者負担段階 | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 |
|----------------------|----------------|--|------|------|--------|
| | 食費負担限度額 (日額) | | 300円 | 390円 | 650円 |
| 居住費 又は滞在費 (日額) | ユニット型個室 | | 820円 | 820円 | 1,310円 |
| | ユニット型準個室 | | 490円 | 490円 | 1,310円 |
| | 従来型個室(特養等) | | 320円 | 420円 | 820円 |
| | 従来型準個室(老健・療養等) | | 490円 | 490円 | 1,310円 |
| | 多床室 | | 0円 | 370円 | 370円 |

| | | | | | | |
|----|-------|---------|----|-------|----|----|
| 受付 | 交付年月日 | 年 月 日 | 承認 | 介護保険課 | | |
| | 適用年月日 | 年 月 日から | | 不承認 | 担当 | 係長 |
| | 有効期限 | 年 月 日まで | | | | |

同意書

(あて先) 甲府市長

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

Ⓜ