

介護保険負担限度額認定申請書 〔 新規 ・ 更新 〕

(あて先) 山形市長

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	明・大・昭	年 月 日	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
住所	〒								電話番号(必須)
入所(院)している介護保険施設の名称(※)									
入所(院)年月日(※)	年 月 日			(※)介護保険施設に入所(院)している方のみ記入してください。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	「配偶者」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。配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名				個人番号				
	住所	〒							
	課税状況	市町村民税 課税			非課税				

該当する欄に必ずチェックしてください。

収入等に関する申告	預貯金等に関する申告 (配偶者がいる場合は合計額)						
<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"/> 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。						
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、	預貯金、有価証券等の金額の合計が、						
<input type="checkbox"/> 年額80万円以下です。	<input type="checkbox"/> 650万円(夫婦は1650万円)以下です。						
<input type="checkbox"/> 年額80万円を超え120万円以下です。	<input type="checkbox"/> 550万円(夫婦は1550万円)以下です。						
<input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。	<input type="checkbox"/> 500万円(夫婦は1500万円)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。							
受給している全ての年金の保険者に○して下さい	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>預貯金額</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>有価証券(評価概算額)</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他(現金・負債を含む)</td> <td style="text-align: right;">円 ()</td> </tr> </table>	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 ()
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 ()						

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

申請者氏名	本人との関係
申請者住所	〒
電話番号(必須)	

【注意事項】

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、支給された額の返還に加え加算金を課す場合があります。

注意：裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。



《山形市記入欄》	限度額認定証	□新規 □継続	負担段階	第 段階	
住民税課税状況	生活保護受給	□有	適用期間	年 月 日～	年7月31日
・被保険者本人 □非課税 □課税	() 年 月 日～		備考		
・世帯 □非課税 □課税	境界層	□該当			
・配偶者 □非課税 □課税		□給付制限			
※ □無 有(□同世帯 □別世帯)		□施設入所			
預貯金等	□基準以下 □基準超	□送付先指定	点検		
□新規・変更・転入申請中 □金融機関照会 □非課税年金照会 □戸籍照会 □その他() □					

(裏面)

○預貯金等に関する申告

(更新申請の方は必ずご記入ください。)

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	種別	年金振込	預貯金額(最新の残高)
預貯金 (定期預金、 定期積金を 含む)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	普通・定期	有・無	円
有価証券、 投資信託等	氏名(名義)	種類(株の場合は社名・株数等)	評価概算額、残高等		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者		円		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者		円		
その他 (負債・ タンス預金 (現金)等)	氏名(名義)	種類	金額		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者		円		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者		円		

【注意事項】

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、支給された額の返還に加え加算金を課す場合があります。

○銀行等への照会に係る同意書

同 意 書

(あて先)山形市長

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、山形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>

氏名

住所

<配偶者>

氏名

住所