

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	⑩	個人番号							
		要介護度		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女			
住 所	電話番号								
入所(院)した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)していない場合及びショートステイを使用している場合は、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	電話番号							
	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	<input type="checkbox"/>	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		受給している全ての年金の保険者に して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済
	<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80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※ 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。		
	<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80万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい)		

預貯金等に関する申告	<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。		
	{	<input type="checkbox"/>	新規申請のため、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付します。	
		<input type="checkbox"/>	更新申請のため、預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しの添付を省略します。(金額の内訳等は、裏面に記載します。)	
配偶者がいる場合は合計	預貯金額	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

【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。

裏面に続く

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

(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	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	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	有・無	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	銀行 金庫 組合 店	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

印

住 所

<配偶者>

氏 名

印

住 所