

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(申請先)

大垣市長 様

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	オオガキ タロウ	被保険者番号	0	2	0	0	0	*	*	*	*	*
被保険者氏名	大垣太郎	個人番号										
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日											
住所	大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	個人番号が不明の場合、記入不要です。 記入される場合、別紙「☆個人番号(マイナンバー)の記入について」をご覧ください。										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	大垣市△△町△△丁目△△番地 特別養護老人ホーム △△△△△△	連絡先	△△—△△△△									
入所(院)年月日(※)	令和△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	左欄において「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	オオガキ ハナコ										
	氏名	大垣花子										
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号									
	住所	大垣市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	令和6年1月1日時点の住民登録が大垣市外の場合、ご記入ください。									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〇〇市〇〇町〇〇番地	令和6年1月1日時点の住民登録が大垣市外の方で「非課税」の方は非課税証明書が必要です。									
課税状況	市町村民税	課税	非課税									

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇してください。以下同じ) ※ 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。										
	☒	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。										
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金 1,650万円)、④の方は5 ※第2号被保険者(40 下です。	預貯金額等にご記入する金額は、配偶者がいる場合、夫婦の合計額をご記入ください。									
	預貯金額	8,000,000円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000円	その他 (現金・負債を含む)	(借入金)※ -1,000,000円 ※内容を記入して下さい						

申請者が被保険者本人の場合には、下記の欄について記載は不要です。

申請者氏名	大垣 一郎	ご本人以外が提出される場合、申請書を提出する方の氏名等をご記入ください。	〇〇〇
申請者住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	長男	

裏面も記入をお願いします

- (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) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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101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。

交付年月日	適用年月日	有効期限	確認
年 月 日	年 月 日	年 月 日	☐ 資産の詳細記入 ☐ 通帳等の写し ☐ 同意書の記入
(備考)			