

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

平成 30年 8月 1日

記載例

(申請者)
石垣市長 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証を申請します。

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0065432100
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	123456789012
		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	13年 5月 10日	
住所	石垣市石垣〇〇番地 連絡先 82-1234		
入所した介護保険施設の名称(※)	老人福祉施設〇〇〇園		
入所年月日(※)	昭 平 29年 3月 15日	(※)介護保険施設に入所していない場合、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、記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	カイゴ ハナコ		
	氏名	介護 花子		
	生年月日	明 大 昭 15年 4月 1日	個人番号	210987654321
	住所	石垣市石垣〇〇番地 連絡先 82-1234		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

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 市町村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【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〇して下さい。)	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	※ 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。 市町村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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以上です。(※受給している年金に〇して下さい。)				
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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり				
	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)	()※

※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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	福祉 優子	福祉	連絡先	090-8765-4321
申請者住所	石垣市美崎町△△番地		本人との関係	長女

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。

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

(裏面)

同意書

石垣市長 中山 義隆 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、私およ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。

平成 30年 8月 1日

〈本人〉

氏名 介護 太郎

介護印

住所 石垣市石垣〇〇番地

〈配偶者〉

氏名 介護 花子

介護印

住所 石垣市石垣〇〇番地

- 介護保険法に基づく申請に係る記載事項の個人番号について、職権で閲覧することに同意します。
 介護保険負担限度額認定申請にかかる、事務手続きを処理するために限って平成 年度の
地方税関係情報について、個人番号を使用し取得することに同意します。

同意者氏名(自署) 福祉 優子

石垣市記入欄

【個人番号/本人確認】

本人個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された書類
配偶者個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された書類
代理権確認	<input type="checkbox"/> 本人の限度額認定証 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 本人の負担割合証 <input type="checkbox"/> その他()
申請者・同意者の本人確認	1点確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()
	2点確認 <input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> 病院の診察券 <input type="checkbox"/> 離島住民カード <input type="checkbox"/> その他()
※法定代理人・成年後見人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他資格を証明する書類	

マイナンバーを調べることを同意する方のサイン
または
マイナンバーを使って地方税関係を調べることに同意する方のサイン

記入不要