

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

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	性別	男・女														
住所	〒 連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先																			
入所(院)年月日(※)	昭・平	年	月	日	(※)介護保健施設に入所(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、記載不要です。															
フリガナ																				
氏名																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号															
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)	〒																			
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老齢福祉年金受給者																	
	<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。 <small>受給している年金に○してください</small>																	
	<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。 <small>受給している年金に○してください</small>																	
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。 ※預貯金、有価証券に係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)	()※	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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ものを含まず。
- 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。

(裏面)

同意書

石垣市長 中山 義隆 様

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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

【石垣市記入欄】

マイナンバー記入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
本人の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等	
配偶者の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等	
申請者の身元確認	1点確認 (顔写真あり)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証等 <input type="checkbox"/> その他 () ※官公署等から発行された書類で、顔写真あり。
	2点確認	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳等 <input type="checkbox"/> その他 () ※官公署から発行された書類で、氏名及び生年月日または住所の記載あり。
代理権の確認	法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その資格を証明する書類
	任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証等 <input type="checkbox"/> その他 () ※官公署等から本人に対して1通のみ発行された証明書等。