

介護保険負担限度額認定申請書

江南市長

下記のとおり、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			申請日	令和	年	月	日
被保険者氏名			個人番号				
			被保険者番号				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒 - (連絡先: - -)						
施設の種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> その他()						
施設名							
入所(院)日	平成・令和	年	月	日	※短期入所は記入不要		
収入等に関する申告	年金収入	種別	令和 年中の収入額				
			円				
			円				
			円				
		合計額	円				
該当事由	<input type="checkbox"/> 生活保護を受給している（または市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者） <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、年金収入と合計所得金額の合計が年額80万円以下 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、年金収入と合計所得金額の合計が年額80万円超、120万円以下 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、年金収入と合計所得金額の合計が年額120万円超						
預貯金等に関する申告	普通預金 (全ての口座合計)	円	定期預金 (全ての口座合計)	円			
	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円			

【配偶者について】

配偶者の有無	有・無 ※「有」の場合は以下を記入						
フリガナ			個人番号				
配偶者氏名			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
			性別	男・女			
住所	〒 - (連絡先: - -)						
課税状況	市町村民税 (課税・非課税)						
預貯金等に関する申告	普通預金 (全ての口座合計)	円	定期預金 (全ての口座合計)	円			
	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円			

添付書類：通帳などのコピー（本人・配偶者の預貯金等の金額が確認できる書類）

※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。

裏面あり →

同意書

江南市長

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、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

< 被保険者 >

住 所

氏 名

< 配偶者 >

住 所

氏 名

【提出者について】※この申請に関してご連絡先となる方を記入してください。

提出者氏名		被保険者との関係	
住 所	〒	—	(連絡先: — —)

※処理欄（記入不要）

	金融機関名	支店名	種別	金額
本人			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
配偶者			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード（写真あり） 介護支援専門員証・その他（ ）
		介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券 その他（ ）※2種類以上
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード（ただし氏名、住所などが住民票と一致している場合）・その他（ ）

受付者（ ）