介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 清瀬市長

令和 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。

被保険者	フリガナ											被保険者番号										
	氏名											個人番号										
	住所											生年月日				年		月		日		
入所施設	介護保険施設の所在地及び名称	(施設名)										連絡先										
	入所年月日	年		月		日	サービス種別	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・短期入所生活(療養)介護(特養)(老健)(ショート)														

市記入欄	【本人】 ☐ 非課税 要介護認定 ☐ 有 ☐ 無 生保 ☐ 有 ☐ 無 1/1住所地 ☐ 確認	却下口
【配偶者】 (別世帯含む) ☐ 有 ☐ 無	☐ 非課税	却下口
【世帯】 ☐ 非課税		却下口
【所得・段階】 基準 非(遺・障・他)		却下口
合計		却下口
第段階		却下口
【預貯金額】 本人 配偶者 合計		却下口
【認定】	R . . .) R . . .	
【入力日】	/	

配偶者の有無	有	無	課税状況	市町村民税	課税	非課税																
配偶者に関する事項	フリガナ											個人番号										
	氏名											生年月日				年		月		日		
	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のみご記入ください)																				

くい収入等にかんする申告	☐ 第1段階	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、かつ、預貯金等の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																	
	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額及びその他の合計所得金額の合計が																		
	☐ 第2段階	年額80.9万円以下、かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。																	
	☐ 第3段階①	年額120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。																	
	☐ 第3段階②	年額120万円を超え、かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。																	
非課税年金受給状況	☐ 無 ☐ 有	☐ 障害年金 ☐ 遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)																	
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	外貨、有価証券(評価概算額)	円	その他現金・負債等	円													

同意書	
清瀬市長 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、清瀬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	
本人氏名	配偶者氏名

申請者	氏名	本人との続柄	連絡先
-----	----	--------	-----

【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または内縁関係の者を含みます。「収入等に関する申告」の、市町村民税非課税世帯とは世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- 夫婦世帯における配偶者の上乗せ分は、1,000万円を維持します。(第2段階の場合、本人650万円+配偶者1,000万円)
- 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。(銀行名・支店名・口座番号・名義人・直近2か月以内に記帳された最終残高が確認できるページ)
- 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。
- 郵送での申請も可能ですが、受付日(申請日)は申請書が清瀬市介護保険課へ到着した日になります。不備がある場合、受理できませんのでご了承ください。

※ 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。