

介護保険負担限度額認定申請書

(新規・変更・更新)

(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。

フリガナ			介護保険 被保険者番号											
被保険者 氏名			個人番号 (マイナンバー)											
生年月日	明・大・昭	年	月	日										
住所	〒 連絡先													
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称※	〒 (施設名) 連絡先													
入所(院)年月日※	昭・平・令	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。									

市記入欄
【本人】 生活保護
介護度
課税
非課税

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」の記載は不要です。なお、配偶者には世帯を分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。												
配偶者に関する事項	フリガナ			課税状況	市町村民税										
	氏名				課税 ・ 非課税										
	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のみご記入ください) 〒														

【配偶者】
有 ・ 無
課税
非課税

入い 入れ ず 入 て れ 等 か に 関 さ る 申 告	<input type="checkbox"/> 第1段階	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 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。									
	<input type="checkbox"/> 第2段階	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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。 ※ 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 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円 (夫婦は 1,650万円)以下です。 但し、2号保険者は合計が 1,000万円 (夫婦は 2,000万円)以下です。以下同じ。									
	<input type="checkbox"/> 第3段階 ①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120万円 以下です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円 (夫婦は 1,550万円)以下です。									
	<input type="checkbox"/> 第3段階 ②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120万円 を超えます。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円 (夫婦は 1,500万円)以下です。									
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。										
	預貯金額	円	外貨、有価証券 (評価概算額) など	円	その他 (現金・負債 を含む)	()※ 円	※内容を記入して下さい				

【世帯】
課税
非課税
基準
非(遺・障)
合計

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、報告を求めると同意します。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					

【認定】
第 段階
R . . .
S
R . . .

申請者 (本人以外)	フリガナ	連絡先(日中繋がる)									
	氏名										
	住所〒	本人との関係									

【入力日】
/

【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。
- 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。