

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)士別市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額申請をします。

被保険者名	印	個人番号																	
		被保険者番号																	
生年月日		年	月	日															
住所	〒																		
	電話番号																		
申請者氏名 (本人以外の場合)	本人との関係 ()										連絡先								
現在の利用状況 又は今後の予定	<input type="checkbox"/> 介護保険施設入所のため(名称:) <input type="checkbox"/> ショートステイ利用のため <input type="checkbox"/> 未定																		

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有	・	無	※無の場合は「配偶者に関する事項」は記載不要。														
	氏名	印	市民税の課税状況	課税	・	非課税													
	生年月日		年	月	日	個人番号													
	住所	〒																	
	電話番号																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給者等です。 <input type="checkbox"/> 2 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額、公的年金等収入額及び非課税年金額(遺族年金・障害年金)の合計が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 3 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額、公的年金等収入額及び非課税年金額(遺族年金・障害年金)の合計が年額80万円超120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 4 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額、公的年金等収入額及び非課税年金額(遺族年金・障害年金)の合計が年額120万円を超えます。																	
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

非課税年金額に関する申告	年金種別	遺族年金・障害年金・受給なし	年金保険者	日本年金機構・国家公務員共済 地方公務員等共済・私学共済
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ・その他()		

預貯金等に関する申告 ※配偶者を含む	預貯金等の金額は下記のとおりです。(通帳等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	資産合計
	その他 ※現金等	円	負債額	円	

(同意書) 士別市長 あて

本認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行・信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況、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、士別市の報告要求に対し、銀行等が報告することについて私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

申請者氏名 (被保険者) 印 配偶者氏名 印

【注意事項】

- 本申請書における「配偶者」には、世帯分離をしている場合や内縁関係の者も含まれます。
- 遺族年金には、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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は全て記載願います。また、本紙に書き切れない場合は、別紙等に記載し、提出してください。
- 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は、介護保険法第22号第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。

士別市記入欄

利用者負担段階	有効期間	交付日	通知日
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 (自)	～(至)		