

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号			
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日		年 月 日	性別	男・女	
住所					
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称					
入所(院)年月日(※)		年 月 日	※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。		
配偶者の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日			
	氏名	被保険者番号			
		個人番号			
	住所				
	1月1日現在の住所				
市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非課税		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者かつ配偶者が市町村民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者かつ配偶者が市町村民税非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計金額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。				
	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)
添付書類	①配偶者が直近の1月1日時点において魚津市に居住していない(住民登録していない)場合は、配偶者の前住所地における非課税証明書 ②預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し ③負債(借入金や住宅ローンなど)がある場合は、借用証書等の写し				
魚津市長 あて 上記のとおり、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 年 月 日 (申請者) 住所 連絡先 氏名 ㊟					
(注1)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。 (注2)虚偽の申告により不正に特定入所者生活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、最大2倍の加算金を含め支給された額を返還していただくことがあります。 (注3)書き切れない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入してください。					

同 意 書

魚津市長 あて

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊦

<配偶者>

住所

氏名

㊦