

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)川口市長

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			被保険者 番号																	
被保険者氏名			個人 番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	電話番号																			
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	電話番号																			
入所(院)年月日 (※)		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。															
配偶者の有無	有・無			配偶者のいない場合は、「配偶者に関する事項」については、記入不要です。																
配偶者に関する 事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人 番号														
	住所	電話番号																		
	本年1月1日現在の 住所(現住所と異なる 場合のみ記入)																			
課税状況	市町村民税			課税			非課税													

①及び②の両方に該当する項目の□にチェック(レ点)を入れてください。
 ※第2号被保険者(40歳~64歳の方)は、②預貯金、有価証券等の合計金額を各項目ともに「1,000万円(夫婦の合計額は2,000万円)以下」に読み替えてください。

収入等及び 預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	① 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	② 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000万円(夫婦の合計額は2,000万円)以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは 別添のとおり。以下②において同じ。
	<input type="checkbox"/>	① 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】 収入金額の合計額が年額80万円以下です。 ※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。以下①において同じ。	② 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円(夫婦の合計額は1,650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	① 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】 収入金額の合計額が年額80万円を超えて120万円以下です。	② 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円(夫婦の合計額は1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/>	① 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入金額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】 収入金額の合計額が年額120万円を超えます。	② 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円(夫婦の合計額は1,500万円)以下
	預貯金	預貯金先(金融機関名)	預貯金額
有価証券 (評価 概算額)	円	その他 (現金・負債 を含む)	円
		(内容:)	

申請者が被保険者本人の場合は、以下の欄は記入不要です。

身元確認チェック欄

申請者氏名	電話番号(自宅・勤務先)	<input type="checkbox"/> 代理権	<input type="checkbox"/> 本人身元
申請者住所	本人との関係	<input type="checkbox"/> 代理人身元	<input type="checkbox"/> 本人番号
		<input type="checkbox"/> 本人番号	<input type="checkbox"/> 職権記載

同 意 書

(あて先)川口市長

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(内縁関係のものを含む。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。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名