

裏面あり

(令和 年度) 介護保険負担限度額認定申請書

申請先 日野市長

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。

記入者が被保険者本人の場合は記載不要です。

記入者氏名	被保険者本人との関係
記入者住所	日中連絡の取れる電話番号

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
住所	電話番号		
入所（予定）の施設名	☐ 未定		
サービス種別	特養 ・ 老健 ・ ショートステイ ・ 介護医療院		
入所（院）年月日	年	月	日

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】については記載不要です。	
（内縁・世帯分離を含む） 配偶者に関する事項	フリガナ		被保険者番号
	氏名		個人番号
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日
	現住所	被保険者と同じ ・ その他：	
	本年1月1日現在の住所	現住所と同じ ・ その他：	

同意書

日野市長 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、その他の関係機関（以下、「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（別世帯の場合及び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、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

<被保険者> 住所 _____

氏名 _____

<配偶者> 住所 _____

氏名 _____

年金等に関する申告（該当する回答を○で囲ってください）	①遺族年金（※）を受給していますか（ はい ・ いいえ ）			
	②障害年金を受給していますか（ はい ・ いいえ ）			
	③生活保護を受給していますか（ はい ・ いいえ ）			
	（※）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。			
預貯金等に関する申告		預貯金、信託及び有価証券	その他（現金・負債を含む）	合計金額
	被保険者	円	円	円
	配偶者	円	円	円

注意事項

①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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

②預貯金等について、書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上、添付してください。

③虚偽の申告等により不正に負担限度額認定証の交付を受け、特定入所者介護サービス費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。

市記入欄-----

資格取得日	年 月 日	年齢	65歳以上 ・ 65歳以下
交付年月日	年 月 日	配偶者の有無	課税・非課税・世帯課税
送付日	年 月 日	課税状況	課税・非課税・世帯課税
有効期間	年 月 日～ 年 月 日	受付者	
給付制限	あり※ ・ なし	入力者	
※給付制限期間	年 月 日～ 年 月 日	確認者	

認定段階	年間収入額	資産状況
第1段階		1,000万・2,000万
第2段階	80.9万円以下	650万・1,650万
第3段階①	80.9万円～120万円	550万・1,550万
第3段階②	120万円以上	500万・1,500万
不承認		超過