

更新 新規 介護保険負担限度額認定申請書

熊本市長 様

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 個人番号 生年月日 性別 住所 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※ 名称 所在地 入所(院)年月日※

配偶者の有無 有・無 配偶者に関する事項 フリガナ 氏名 住所 課税状況 連絡先電話番号

収入等に関する申告 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 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。(受給している年金に○して下さい) 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい) 預貯金等に関する申告 預貯金額 有価証券(評価概算額) その他 ※( ) 円

提出者が被保険者本人の場合には、提出者欄の記入は不要です。

記入裏面あり

提出者氏名(窓口に来られた方) 連絡先電話番号(自宅・勤務先) 提出者住所 本人との関係(続柄)

※熊本市記入欄

交付年月日 令和 年 月 日 適用年月日 令和 年 月 日 から 有効期限 令和 年 7 月 31 日 まで 備考 承認内容 □利用者負担第1段階【食300】 □利用者負担第2段階【食390】 □利用者負担第3段階【食650】 □第4段階特例減額 □承認しない

## <注意事項>

- (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。
- (2) 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、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。
- (4) 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。
- (5) 利用者負担第4段階の特例減額申請の際は、要件を満たす添付書類が必要となります。

## 同意書

熊本市長 宛

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）並びに世帯全員の住民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所に、私及び私の配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について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、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まいります。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印