

更新 新規

介護保険負担限度額認定申請書

受付印

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。

※以下、該当する□に✓を記入してください。

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	電話番号	-					-
		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和									
住所											
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	利用施設 の形態	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所(特養・老健・療養型) <input type="checkbox"/> 申請時未入所									
	名称				住所						
※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。	入所(院) 年月日	年	月	日	電話番号	-					

配偶者に関する事項	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「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。							
	フリガナ				個人番号					
	氏名				生年月日	年	月	日		
	市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		電話番号	-					
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ								
	本年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上								

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者または、世帯員全員が市町村民税非課税であり、老齢福祉年金受給者です。									
	<input type="checkbox"/> 世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計額は 年額80万円以下 です。【 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> （準）母子 <input type="checkbox"/> 遺児】									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計額は 年額80万円を超えます 。【 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> （準）母子 <input type="checkbox"/> 遺児】									
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 なお、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。									
	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)	※ ()				円

提出者	氏名	<input type="checkbox"/> 以下、被保険者と同じ			電話番号	-				
	住所				本人との関係 (続柄)					

※記入裏面あり

熊本市記入欄

交付年月日	令和	年	月	日	担 当 区	備 考	承認内容	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階【食300】	
適用年月日	令和	年	月	日から				<input type="checkbox"/> 中央	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階【食390】
有効期限	令和	年	月	日まで				<input type="checkbox"/> 東	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階【食650】
受付	入力	発送						<input type="checkbox"/> 西	<input type="checkbox"/> 第4段階特例減額
					<input type="checkbox"/> 南		<input type="checkbox"/> 承認しない		
					<input type="checkbox"/> 北				

<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かまいません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印