介護保険負担限度額認定申請書

年　　 　月　　 　日

（宛先）佐倉市長

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　被　保　険　者 | フリガナ |  | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　所 |    | 連絡先氏名 |  |
| 連絡先電話番号※日中連絡がつくところ |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 |  | ※入所(院)していない場合又はショートステイ利用の場合は、左欄は記入不要 |
| 入所(院)の年月日 | 年　　　月　 　日 |
| 配偶者の有無 | 有　 ・　 無 | ※「配偶者」には世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の方を含む※左欄が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要 |
| 配 偶 者 に 関 す る 事 項 | フリガナ |  | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | □被保険者住所に同じ…該当の場合、この欄は記入不要電話番号 |
| 本年１月１日現在の住所 | □現住所に同じ…該当の場合、この欄は記入不要 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | □市民税非課税世帯…該当の場合、以下の「収入に関する申告」及び「預貯金等に関する申告」を必ず記入  |
| □生活保護受給者 |
| □その他 (内容:　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 収入に関する申告 | 遺族年金の受給 | 有 ・ 無 | ※左欄が「有」の場合、年金保険者を全て選択【 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 】 |
| 障害年金の受給 | 有 ・ 無 | ※左欄が「有」の場合、年金保険者を全て選択【 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 】 |
| 預貯金等に関する申告 | 内　訳 | 預貯金 | 有 ・ 無 |  円  |
| 有価証券 | 有 ・ 無 | (評価概算額)　　 　　　　　　　　　　 　　　　円  |
| その他(現金・負債等を含む) | 有 ・ 無 | (内容:　　　　　　 　 　 )　 　　 　　　 　　円  |

※通帳等の写しを添付してください（夫婦は合計額を記入し、２人分の写しを添付）

※同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください

【注意事項】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、支給された額を返還していただくとともに最大２倍の加算金を徴収することがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 佐　倉　市　記　入　欄 | 介護認定 | 生保 | 課税状況 | 非課税年金 | 課税年金収入＋合計所得 | 適用段階 |
| □ | 　 無 | 本人 | 世帯 | 配偶者 | 申告 | 金額 | 円 | １ ・ ２ ・ ３①・ ３②・ ４ |
| 有（　　） | 課・非 | 課・非 | 課・非 | 有・無 |  | 円 |
| 確認者 | 本　人　確　認　欄 | 資産（ 単身 ・ 配偶者有 ） | 備考欄 |
|  | 番号確認 | 番号 | 通知 | 住票 | 住・P・A | 預貯金、有価証券等の合計金額□ 650万円超え1,000万円…（夫婦は2,000万円）以下□ 550万円超え 650万円…（夫婦は1,650万円）以下□ 500万円超え 550万円…（夫婦は1,550万円）以下□ 500万円………………… （夫婦は1,500万円）以下 |  |
| 身元確認 | 運免・障手 | 介保・健保・負割・後保・他（　　　） |
| 代理権 | 戸籍・証明 | 委任・介保・他（　　　　　　　　　） |
| 代理身元 | 番号 | 運免 | 居専 | 他（　　） |

|  |
| --- |
| **同　意　書**（宛先）佐倉市長　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。）に私及び配偶者（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、当該報告の求めに対し、銀行等が報告することについて、私及び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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

以下の項目について、申請書提出前に必ず御確認の上、確認後はチェック欄

（□）に ✔ を入れてください。

□ ご記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。

□ 添付書類に漏れがないか御確認ください。

※お持ちのすべての通帳について、

① 表紙をめくった(口座名義人の氏名・金融機関名・口座番号が確認できる)ページ

② ２か月以内に記帳した最終残高が確認できるページ(普通・定期・貯蓄)

③（年金受取口座の場合）最新の年金振込記載のあるページ