

介護保険負担限度額認定申請書

鳥取市長 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施設 (※) | 名称所在地 | | | | | | | | | | | 連絡先() | — | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | | | | |
| | 連絡先() | — | | | | | | | | | | ※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。 | | | | | | | | | | | 入所年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |

※個人番号は、介護保険の各種申請の審査に係る情報照会等に使用します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | (フリガナ) | | | | | | | | | | | 生年月日 | 市町村民税課税状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | 課税 ・ 非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | | | | | | | | | |
| | 連絡先() | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 第1段階：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 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 第2段階：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。 ※ 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。以下同じ。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 第3段階①：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80万円超120万円以下です。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 第3段階②：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120万円を超えます。 | | | | | | | | | |

受給している全ての非課税年金の保険者に○をして下さい。〔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 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が第1段階：1000万円以下、第2段階：650万円以下、第3段階①：550万円以下、第3段階②：500万円以下(夫婦は第1段階：2000万円以下、第2段階1650万円以下、第3段階①1550万円以下、第3段階②1500万円以下)です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |

※↓申請者が被保険者本人の場合は氏名のみ記載

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人 ※該当する方に レチェック | 住所 | | | | | | | | | | | 代筆者 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (被保険者との関係) | | | | | | | | | | (申請者との関係) | | | | | | | | | | | |

【代理人の確認書類】(右記にレチェック)→ 登記事項 委任状(裏面のとおり) その他()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----|----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行 | 住所 | | | | | | | | | | | 施設等 | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | 名称 | (担当者名) | | | | | | | | | |
| | (申請者との関係) | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | |

提出代行が施設等の場合は、右記に施設等の名称や担当者名等を記入してください。

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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うえ添付してください。
- 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。

【鳥取市記入欄】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | | | | | 受付 | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

同意書

鳥取市長 様

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、年金保有者又は銀行、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まいります。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

(代筆者氏名 _____)

<配偶者>

住 所

氏 名

(代筆者氏名 _____)

委任状

| 委任者(被保険者) | | 代理人(委任者に代わって手続きをする人) | | |
|---|---|--------------------------------------|----|--|
| 住所 | | 住所 | | |
| 氏名 | 印 | 氏名 | | |
| 生年月日 | | 生年月日 | | |
| 私は右記の者を代理人とし、介護保険負担限度額認定申請に関する手続きを委任します。 年 月 日 | | 代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所を以下に記入してください。 | | |
| | | 施設等 | 住所 | |
| | | | 名称 | |
| | | 事業所番号 | | |

※上記の住所は、委任者・代理人とも住民票の住所地を記入してください。

※委任者(被保険者)が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

【鳥取市記入欄】

| 被保険者本人の申請 | | 代理人の申請 | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| 個人番号の確認 | 身元確認 | 代理権の確認 | 代理人の身元確認 | 被保険者の個人番号の確認 |
| 個番カ(原本・写) 通知カ(原本・写) その他() | 個番カ 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 その他(介・負・後) (原本・写) | 登記事項証明 委任状 その他(介・負・後) (原本・写) | 個番カ 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 その他(介・負・後) (原本・写) | 個番カ(原本・写) 通知カ(原本・写) その他() |