

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

年 月 日

(提出先)
平塚市長

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。

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	性別	男						女			
住 所	連絡先														
介護保険施設の所在地及び名称	施設名称		所在地(市外のみ) 〒												
	連絡先														
入所する居室の種別	1ユニット型個室	3従来型個室	サービスの種類		1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設・介護医療院 4. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 5. 短期入所生活介護(ショートステイ) 6. 短期入所療養介護(ショートステイ)										
	2ユニット型準個室	4多床室													
入所(院)年月日	平・令	年	月	日	※該当するサービスに○をつけてください										

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													
	氏名													
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号								
	住 所	被保険者と同じ住所の場合は右にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/>												
		連絡先												
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)													
	課税状況	市町村民税		課税				非課税						

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】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) ※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。										受給している全ての年金の保険者に○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	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】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	<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。 ※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	

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

裏面も必ず御記入ください。

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、そのすべてを記入してください。
- (2) 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。
- (3) 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。

同意書

私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）は、介護保険負担限度額認定のため、次のことに同意します。

- （1）私、配偶者及び私の世帯員は、市長が資格要件を確認するため、収入等を調査することに同意します。
- （2）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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

(提出先) _____ 年 月 日

平塚市長

委任者

< 本人 >

住所 _____

氏名 _____ ⑩

< 配偶者 >

住所 _____

氏名 _____ ⑩

※ 代筆可

委任状

私及び配偶者は、下記受任者に介護保険負担限度額認定の申請に係る権限を委任します。

受任者 住所 _____

(代理人)

氏名又は
名称 _____

◎市確認欄 <u>申請者身元確認</u>	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 写真の表示等の措置がされ、氏名と生年月日又は住所が記載されているもの <input type="checkbox"/> 官公署から発行された書類その他これに類する書類2点以上 (医療保険証などの氏名と生年月日又は住所の記載があるもの)
<u>代理人の代理権確認</u>	<input type="checkbox"/> 法定代理人の場合は戸籍謄本その他その資格を証明する書類 <input type="checkbox"/> 任意代理人の場合は委任状 <input type="checkbox"/> 官公署から被保険者に対し一に限り発行された書類 (医療保険証等)