

記入例 1

負担限度額認定申請書

申請年月日を記入してください。

泉大津市長
次のとおり

被保険者本人の印を押してください。
印のないものは受け付けできません。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	イズミオオツ タロウ	保険者番号	272062	
被保険者氏名	泉大津 太郎 (印)	被保険者番号	0000000000	
		個人番号	00000000000000	
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男	
住所	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号	電話	〇〇・〇〇・〇〇〇〇	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(*)	〒595-8686 泉大津市〇〇町〇番〇号	個人番号	00000000000000	
入所(院)年月日(*)		個人番号が、わからない等により空白であっても、申請書は受け付けます。		
配偶者の有無	有	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	イズミオオツ ハナコ		
	氏名	泉大津 花子		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	00000000000000
	住所	泉大津市〇〇町〇番〇号		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。			
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/市町村民税非課税世帯である高齢福祉年金受給者 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税課税年金受給者 収入・預貯金等について、該当するものに「レ」点をつけてください。 【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〇して下さい) ※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。 <input type="checkbox"/> 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】収入額の合計額を超えます。(受給している年金に〇して下さい)			
	負債や現金がある方は、内容(カッコ内)、金額を記入してください。			
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) ※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

申請者が被保険者本人の場合には、

預貯金等の金額と通帳の残高が一致しているか確認してください。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 〇この申請書における「本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。*成年後見人は、この欄は記入不要。「被保険者氏名」欄の余白に、「成年後見人〇〇」と記名・押印してください。ただし、申請者住所欄に成年後見人に連絡先をご記入ください。
- 〇預貯金については、同一世帯内での振替は、同一世帯内での振替として記入してください。
- 〇書き切れない場合は、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。
- 〇虚偽の申告により不正に特定入居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。

裏面(同意書)へ記入、押印を忘れずお願いします。