

結果送付先 1. 本人 2. 申請者 3. 入所施設
 ※記載がない場合は本人宛に送付します。

裏面あり

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			被保険者番号																		
被保険者氏名			被保険者番号																		
生年月日	年	月	日	個人番号																	
住所	〒 連絡先																				
入所(院)した介護保険施設の名称	(*) 連絡先																				
入所(院)年月日	(*) 年 月 日			(*)介護保険施設に入所(院)していない場合は記入不要です。																	
※配偶者の有無	有 ・ 無			個人番号																	
※この申請書における配偶者は、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。																					
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年	月	日	年 月 日													
	氏名			課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																
	住所	〒 連絡先																			
	1月1日現在の住所(*)	〒 (*)1月~7月適用分については前年の1月1日です。																			
収入等に関する申告	利用者負担段階																				
	1段階	生活保護受給者 市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者												預貯金等要件 2号被保険者は、単身1千万円夫婦2千万円以下							
														単身	夫婦						
	(該当する段階に○してください。)	2段階 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下												1,000万円以下	2,000万円以下						
		3段階① 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下												650万円以下	1,650万円以下						
3段階② 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額120万円超												550万円以下	1,550万円以下								
非課税年金に関する申告	1 非課税年金を受給している【(*)遺族年金・障害年金】←受給している年金に○してください。 2 非課税年金を受給していない (*)寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。																				
預貯金等に関する申告	※通帳等の写しは別添												合計(①+②+③) 円								
預貯金額① 円												有価証券② (評価概算額) 円			その他③ (現金等) 円						
(宛先)下関市長																					
年 月 日																					
申請者氏名												連絡先(自宅・勤務先)									
〒																					
申請者住所												被保険者との関係									
同意書																					
介護保険負担限度額認定のため、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構いません。																					
(宛先)下関市長																					
年 月 日																					
<本人> 住所																					
氏名																					
<配偶者> 住所																					
氏名																					
*預貯金等について、複数の口座をお持ちであれば、そのすべてを記入(裏面に詳細記入欄有り)し、通帳等の写しを添付してください。*虚偽の申告により不正に特定入所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。																					
※下関市記入欄												備考								受付	
提出(本人・代理・代行・郵送)												代理権確認		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		本庁					
番号カード提示(有・無)														<input type="checkbox"/> 被保険者証(国保・後期) <input type="checkbox"/> 書面()		()					
番号確認書類提示(有・無)												身元確認書類		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証		支所					
個人番号システム確認(済)														<input type="checkbox"/> 被保険者証(国保・後期) <input type="checkbox"/> 運転免許証		()					
														<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()		総合支所					

預貯金等申告書

被保険者					
年金通帳	銀行名	預貯金(普通)	預貯金(定期)	証書等	小計
	銀行				
	銀行				
	銀行				
	銀行				
預貯金額 小計①					
有価証券(出資金)					
有価証券(株式等)					
有価証券 小計②					
配偶者					
年金通帳	銀行名	預貯金(普通)	預貯金(定期)	証書等	小計
	銀行				
	銀行				
	銀行				
	銀行				
預貯金額 小計③					
有価証券(出資金)					
有価証券(株式等)					
有価証券 小計④					

預貯金額合計(①+③)

有価証券合計(②+④)