

表面

※記入漏れのないようにして下さい。裏面もあります。

茅ヶ崎市介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市 長

次のとおり、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。  
また、認定の可否に必要な個人情報を公簿等で確認することに同意します。

申請者  
(被保険者)

被 保 険 者	氏名	フリガナ	保険者番号	1	4	2	0	7	5
			被保険者番号						
			個人番号						
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別	男・女				
住所	〒 電話番号 ( )								
入所(入院)した 介護保険施設 ※	名称	所在地							
	入所年月日	年 月 日	電話番号 ( )						
※ 介護保険施設に入所(入院)しない場合・短期入所をご利用の場合は、記入は不要です。									
配偶者の 有無	有・無		○左記において「配偶者」とは被保険者の「妻」又は「夫」をさします。また、 世帯分離している配偶者及び内縁関係の者を含みます。 ○左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。						
配 偶 者 に 関 す る 事 項	氏名	フリガナ	個人番号						
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日						
	住所	〒 電話番号 ( )							
	本年1月1日 現在の住所(現住所 と異なる場合)	〒							
課税状況	住民税 課税 ・ 非課税								
収 入 に つ い て	非課税年金 受給状況	遺族年金※ ・ 障害年金 ・ 無 <small>※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。</small>							
	1 生活保護受給者/住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 2 住民税世帯非課税者であって 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年間80万円以下である。 3 住民税世帯非課税者であって 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年間80万円超120万円以下である。 4 住民税世帯非課税者であって 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年間120万円を超える。								
記入者	フリガナ	被保険者との続柄							
記入者住所	〒								
日中連絡の取れる電話番号	( )							※本申請の内容についてお問い合わせさせていただく場合がございます。確実にご連絡が取れる電話番号の記入をお願いいたします。	

注意事項

- (1) 記載漏れのないよう、別添の記入例をよく見てご記入ください。
- (2) 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。

受付印

## 同意書

茅ヶ崎市長 殿

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、茅ヶ崎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。

年 月 日

&lt;本人&gt;

住所

氏名

&lt;配偶者&gt;

住所

氏名

※ここから下は何も書かないで下さい。

◎市確認欄

受付担当者		申請書確認者	
次のとおり決定してよいでしょうか。			
公簿 確認	<input type="checkbox"/> 世帯非課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 高齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	配偶者の 課税状況	課税・非課税 預貯金の 状況
収入 の 状況		合計所得金額	課税年金収入額
		+	+
		非課税年金収入額	合計
		=	※合計所得金額が マイナスの場合は、 0円と置き換える。
利 用 者 負 担 段 階	<input type="checkbox"/> 一般の施設入所者		利用者負担 第4段階
	<input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者であって、 〔合計所得金額+課税年金収入額+【遺族年金※・障害年金】120万円超/年〕を満たす者		利用者負担 第3段階②
	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②であれば被保護者とならない者 <input type="checkbox"/> 住民税課税層における特例減額措置の適用がある者		利用者負担 第3段階①
	<input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者であって、 〔合計所得金額+課税年金収入額+【遺族年金※・障害年金】80万円超120万円以下/年〕を満たす者		利用者負担 第2段階
	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階であれば被保護者とならない者 ※ 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 <input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者 <input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階であれば被保護者とならない者		利用者負担 第1段階
適用年月日	.	.	審 査
有効期限	.	.	入 力