

様式第30号 (第5条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛 先)春日市長

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				
住 所	〒			電話番号				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	施設名							
	所在地	〒			電話番号			
入所(院)年月日(※)	平成・令和	年	月	日	(※)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。			

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、記入不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ				個人番号				
	氏 名				生年月日	明・大・昭	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	市町村民税	課税	・	非課税				

※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。

収入等に関する申告	課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 世帯非課税	非課税年金の受給状況	遺族年金※ ・ 障害年金 ・ 無	
	65歳以上の方	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／老齢福祉年金受給者		
		<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 年額80万円以下 かつ、預貯金等の金額の合計が 650万円(夫婦は1,650万円)以下		
		<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 年額80万円超120万円以下 かつ、預貯金等の金額の合計が 550万円(夫婦は1,550万円)以下		
	65歳未満の方	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 年額120万円超 かつ、預貯金等の金額の合計が 500万円(夫婦は1,500万円)以下		
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は、以下については記入不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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

(宛先)春日市長

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。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況、保有する預貯金及び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、当該報告要求に対し、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かまいません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

(送付先) 1. 本人住所地 2. 送付先 3. その他(以下に記入)

〒

様方

受付 入力

(添付書類確認欄)

- 通帳添付数(Acro口座情報、前年度口座情報との照合)
通帳記帳時期(申請日2ヶ月以内)
定期預金の有無、残高の確認

(個人番号確認欄)

- 個人番号カード
通知カード&官公庁身分証明書

Table with columns for decision (決裁), qualification (資格), payment limits (給付制限), facility types (施設区分), and dates. Includes a box for '令和()年度分' and a '事務処理欄' (Administrative Processing Column) with rows for spouse status, savings, and non-taxable pensions.

(受付印)