介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 年 月 日

調布市長 あて

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			年	月	日		1			
住所		₹		電話番号						
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		Ŧ		電話番号						
	入所 (入院) 年月日 (※)		年 月 日 (※)介護保険施設に入所(入院)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、 記載不要です。			
	フリガナ					_	*			
配偶	氏名									
者に	生年月日			年	月	月	個人番号			
配偶者に関する事項	住所	電話番号								
事項	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										
							21 W.I.D.			
		「下	記①・②の申	告につ		認のうえ,		つに ✓ をして下さい】		
		【下						<u>つに</u> をして下さい】 ② 預貯金等に関する申告		
	生活			入等に	いてご確関する申	<u></u>	該当する□1	② 預貯金等に関する申告		
	生活		① 収	入等に 税非課税 質と合計	いてご確 関する申 ぞある老 所得金額と	告	<u>該当する□1</u> E給者 か	② 預貯金等に関する申告 つ 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下		
	生活市町村民世帯非課	保護学	① 収 ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	入等に 税非課税 頃と合計 0.9万円 頃と合計	いてご確 関する申 ぞある老 所得金額と 以下 所得金額と	告 龄福祉年金受 上非課税年金 上非課税年金	該当する□1 E給者 か~ NU入額の か~	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下		
	_ 市町村民	保護学	① 収 受給者/市町村民 課税年金収入落 合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入落	入等に 税非課税 頃と合計 0.9万円 頃と合計 0.9万円	いてご確 関する申 記である老 所得金額と 以下 所得金額と 超え120万 所得金額と	告 齢福祉年金受 と非課税年金 と非課税年金 円以下	該当する□1 E給者 かい は収入額の かい は収入額の かい	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下		
	市町村民世帯非課/ 一 第2号被保修預貯金,有	保護 ⁵ 己税 税者 (4 (4) (4)	① 収 受給者/市町村民 課税年金収入格 合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入格 合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入格 合計額が <u>年額1</u> の歳以上64歳以丁 今にかかる通帳等	入等に 税非課税 頃と合計 0.9万円 頃と合計 0.9万円 頃と合計 20万円 変ごの場合	いてご確 関する申 である老 所得金額と 以下 所得金額と 超え120万 所得金額と 超え 120万	告 齢福祉年金受 と非課税年金 と非課税年金 円以下 と非課税年金 等に関する目	該当する□1	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下		
	市町村民世帯非課/ 一 第2号被保修預貯金,有	保護受 民税 税者 食者(4) 金額を	① 収受給者/市町村民課税年金収入額合計額が年額8課税年金収入額合計額が年額8課税年金収入額合計額が年額10歳以上64歳以下等にかかる通帳等を裏面に記入	入等に 税非課税 頃と合計 0.9万円 頃と合計 0.9万円 頃と合計 20万円度 での写しに 3全ての	いてご確 関する申 だである者 以下 所得金額と 超え120万 所得金額と は別添のと 非課税年金	告 齢福祉年金受 上非課税年金 円以下 上非課税年金 等に関する申 :おり 金に○をして	該当する□1 を給者 かつ 収入額の かつ 収入額の かつ 収入額の かつ や収入額の かつ や収入額の かつ	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下 500万円 (夫婦は1,500万円) 以下 (夫婦は2,000万円) 以下です。		
	市町村兵 世帯非課 第2号被保修 預貯金,有 預貯金等の	保護受 民税 税者 食者(4) 金額を	① 収受給者/市町村民課税年金収入額合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入額合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入額合計額が <u>年額1</u> 0歳以上64歳以下等にかかる通帳等を裏面に記入【受給している遺族年金(身合している。	入等に 税非課税 頂と合計 0.9万円 頂と合計 0.9万円 夏と合計 0.9万円 夏と合計 3.9万円 第20万円 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第	いてご確 関する申 だである老 が 所得金額と 所得金額と 所名之 が は別派のと 非課税年名 かれた 非課税年名	告 齢福祉年金受 上非課税年金 円以下 上非課税年金 等に関する申 こおり をに○をして 金,母子年金 をの保険者に	該当する□1 を給者 かつ 収入額の かつ 収入額の かつ 収入額の かつ で収入額の かつ 下さい】	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下 500万円 (夫婦は1,500万円) 以下 (夫婦は2,000万円) 以下です。 記年金を含む) ・ 障害年金		
	市町村兵世帯非課 第2号被保修預貯金等の 預貯金等の 世課税年金の 受給状況	保護受 発税 者 金額を の	① 収受給者/市町村民課税年金収入額合計額が年額8課税年金収入額合計額が年額8課税年金収入額合計額が年額10歳以上64歳以下等にかかる通帳等表面に記入【受給している遺族年金(第10年金機材を表している。	入等に税非課税質と合計の9万円質と合計の9万円額と合計である。9万円額と合うの写している。第一年である全ての金	いてご確 関する申 である者と が得金額と 所を が得金額と 所名、預係のと 非課税夫 がは別係のと 非課税夫年 が、 が、 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	告 齢福祉年金受 と非課税年金 円以下 と非課税年金 等に関する申 :おり をに○をして 金,母子年金 をの保険者に 員共済	該当する□1	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下 500万円 (夫婦は1,500万円) 以下 (夫婦は2,000万円) 以下です。 記年金を含む) ・ 障害年金		
	市町村兵世帯非課 第2号被保修預貯金等の 預貯金等の 世課税年金の 受給状況	保護受 発税 者 金額を の	① 収受給者/市町村民課税年金収入額合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入額合計額が <u>年額8</u> 課税年金収入額合計額が <u>年額1</u> 0歳以上64歳以下等にかかる通帳等を裏面に記入【受給している遺族年金(身合している。	入等に税非課税質と合計の9万円質と合計の9万円額と合計である。9万円額と合うの写している。第一年である全ての金	いてご確 関する申 である者と が得金額と 所を が得金額と 所名、預係のと 非課税夫 がは別係のと 非課税夫年 が、 が、 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	告 齢福祉年金受 と非課税年金 円以下 と非課税年金 等に関する申 :おり をに○をして 金、母子年金 をの保険者に 員共済・ 己載は不要	該当する□1	② 預貯金等に関する申告 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下 650万円 (夫婦は1,650万円) 以下 550万円 (夫婦は1,550万円) 以下 500万円 (夫婦は1,500万円) 以下 (夫婦は2,000万円) 以下です。 記年金を含む) ・ 障害年金		

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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。

注意:裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

預貯金等に関する申告

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	年金	預貯金額
		普通・定期・その他()		円
		普通・定期・その他()		円
預貯金		普通・定期・その他()		円
		普通・定期・その他()		円
		預貯金額の	の合計	円
	氏名	種類		評価概算額
/ -/π3τΨ//				円
有価証券等				円
		有価証券等の	の合計	円
	氏名	種類		金額
その他				円
(負債・現金等)				円
		円		

	*	±
HJ	尽	首

調布市長 あて

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、調布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

〈 本人 〉

住所

氏名

※代筆している場合

代筆者:

(続柄:)

〈 配偶者 〉

住所

氏名

調布市記入欄									
交付年月日 年 月 日									
適用年月日	年	月	目						
有効期限	年	月	目						
【個人番号の確認】 □個人番号カード,□通知カード,□住民票(番号付) 1点 □運転免許証,□パス 2点 □介護保険被保険者証									
照会 (有·無)						/	:		
番号確認				日時	/	:	担当者		
				登録	日中社	/	:	1534	
女 / 小女			破棄		/	:			