

## 介護保険負担限度額認定申請書(令和 年度)

三郷市長 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。

令和 年 月 日

被保険者	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	性別	男・女			
	住 所			電話番号					
入所(院)する介護保険施設の名称及び所在地	名称			入所(院)年月日	年 月 日				
		所在地							

申請日時点の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> いる ※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。 <input type="checkbox"/> いない ⇒「いない」にチェックした場合は、以下の配偶者に関する事項は記入不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	明治	大正	昭和		
	配偶者氏名			年 月 日				
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ(異なる場合は住所を記載してください)		電話番号				
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 三郷市 <input type="checkbox"/> その他(		都・道・府・県		市・区・町・村)		
本年度の住民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税							

収入等	申請事由	<input type="checkbox"/> 同一世帯全員が住民税非課税 <input type="checkbox"/> その他(生活保護受給・老齢福祉年金受給)						
	非課税年金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給している( <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 受給していない						
	預貯金、有価証券等の金額の合計	※預貯金等にかかる通帳等の写しは、保有するすべてのものを添付してください。		預貯金額	万円			
				有価証券(評価概算額)	万円			
				その他(現金、負債含む)	万円			

同意欄	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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関(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。)の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、報告を求めると同意します。また、三郷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。							
	令和 年 月 日							【配偶者】
	住 所							住 所
	本人氏名	Ⓜ		配偶者氏名		Ⓜ		

申請者欄	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ ※異なる場合は以下の申請者欄を記入してください							
	申請者氏名	Ⓜ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )			
	住 所			電話番号				

## 【注意事項】

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項の規定に支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【市処理欄】 ※この欄は記入しないでください。

認定区分	交付年月日	適用年月日	有効期限
<input type="checkbox"/> 該当 ( <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 ) <input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日	年 月 日	年 月 日