

介護保険負担限度額認定申請書

久留米市長あて

年 月 日

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	連絡先								
入所(院)している 介護保険施設					入所(院) 年月日	平成	年	月	日

配偶者の有無(※1)	有 ・ 無	(※1)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。 配偶者には世帯分離をしている配偶者や内縁関係の方も含まれます。								
配偶者に関する事項	フリガナ					課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			
	氏 名					個人番号				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	住 所	連絡先								
	本年1月1日時点 の住所(上記と異なる場合)									

非課税年金に関する申告	受給の有無	<input type="checkbox"/>	非課税年金 受給なし	<input type="checkbox"/>	障害年金を受給	➔	受給している年金保険者に〇して 下さい<非課税年金のみ> 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 国家公務員共済 ・ 私学共済
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	遺族年金(※2)を受給		
(※2) 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。							
年金保険者への 届出住所	住民票の住所 ・ その他 (住所:)						

収入等に関する申告 (分かる範囲で)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額80万円【以下・超】です。				
預貯金等に関する申告(※3)	預貯金	円	有価証券 投資信託	円	現金 貴金属 負債	円

(※3) 同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを申告し通帳等の写しを添付してください(配偶者含む)。

申請を下記の者に委任します。

受任者氏名	電話番号(日中連絡がとれるところ)
受任者住所	本人との関係

(久留米市確認欄)

入力	平成 年 月 日	有効期間	平成 年 月 日 から 翌 7 月 31 日 まで
負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 (老福・生保・境界層)	要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 2段階	現年度申請履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 3段階	世帯税情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 課税世帯(本人課税 / 世帯課税) <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 資産超過	非課税年金情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(備考)	受付印
------	-----

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。