

# R2年度介護保険(食費・居住費)負担限度額認定申請書

(受付印)

徳島市長様

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。

|   |   |  |
|---|---|--|
| フガナ<br>申請者氏名<br>(被保険者)<br><div style="text-align: right;">男・女</div> | 区分 3 1 申請日 5  | 被保険者番号 0 0 0   |
|   | 生年月日 明・大・昭 年 月 日  | 個人番号   |
| 住所  | 事業所番号 20  |  |
| 施設の名称   | 施設所在地   |  |
| 利用するサービスの種類<br>(該当に○印)  | 21:短期入所 22:短期入所療養(老健) 23:短期入所療養(療養型)<br>24:介護予防短期入所 25:介護予防短期入所療養(老健) 26:介護予防短期入所療養(療養型)<br>51:介護老人福祉施設 52:介護老人保健施設 53:介護療養型医療施設 54:地域密着型介護福祉施設<br>2A:短期入所療養(介護医療院) 2B:介護予防短期入所療養(介護医療院) 55:介護医療院   |  |
| 入所(予定)年月日   | 令和 年 月 日  |  |
| 収入等に関する申告<br>(該当にレが必要)  | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。<br><br><input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金 ※・障害年金】収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。)<br>※ 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。以下同じ<br><br><input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金 ※・障害年金】収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○してください。) |  |
| ※非課税年金受給  | 有・無   | 有の時、受給している年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済 |
| 配偶者に関する事項   | 配偶者有無 1:有(事実婚含む)・2:無  | 配偶者課税状況 1:課税・2:非課税                                     |
|   | フガナ氏名   | 生年月日 明・大・昭 年 月 日<br>個人番号                               |
|   | 住所  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                        |
|   | 住所(1月1日時点)  | <input type="checkbox"/> 上記住所と同じ                       |
| 預貯金等に関する申告<br>(夫婦の場合は2人合わせた額)                                       | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦の場合は2000万円)以下です。  |  |
| 預貯金額  | 円   | 有価証券額(評価概算額) 円   |
| その他金額(現金・負債等)   | 円   | 【合計金額】 円   |

【必要書類】 ①介護保険被保険者証 ②マイナンバーカード、または通知カード(券面情報が現在の住民登録と一致している場合に限り)  
 ③申請書裏面の同意書(押印必要) ④預貯金(普通・定期)有価証券等の写し全て(金融機関・支店名・口座番号・名義人がわかる部分と、直近2か月以内の最終残高のわかる部分)※夫婦の場合は二人分 ⑤提出者の身元確認書類(顔写真入り1点・顔写真なし2点)  
 【郵送の場合①・②・⑤は写し】

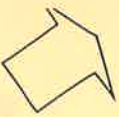
申請書の提出者

|                 |         |   |
|-----------------|---------|---|
| 提出者氏名           | 連絡先 TEL | 申請者属性<br>1.本人<br>2.家族<br>3.居宅事業所<br>4.施設<br>7.地域包括<br>9.成年後見人 |
| 提出者住所(事業所名・所在地) | 本人との関係  |   |

徳島市記入欄 認定期間

|      |                                  |                 |       |
|------|----------------------------------|-----------------|-------|
| 保留事由 | 1:配 2:預 3:前 4:認 5:公 6:更 7:未 A:非年 | 申請者属性           | 2 0 2 |
| 交付   | 確認 決裁入力 申請入力 受付 備考欄              |                 |       |
|      |                                  | 調査同意<br>1:有・2:無 |       |

添付書類がはがれないよう右上端に貼付してください。



## 同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 年 月 日

【本人】 住所 .....

氏名 ..... 印

(代筆者) 住所 .....

氏名 ..... 本人との続柄

【配偶者】 住所 .....

氏名 ..... 印

(代筆者) 住所 .....

氏名 ..... 本人との続柄

※ 押印を忘れずをお願いします。ご本人と配偶者の印鑑は別をお願いします。

成年後見人制度利用の場合、成年後見登記に関する登記事項証明書の添付が必要です。

### 【 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事実婚の方を含みます。
- 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、通帳の写しを添付してください。
- ③生活保護を受給している方は、配偶者に関する事項、預貯金等に関する申告、同意書の記入は不要です。
- 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。

### 徳島市記入欄

|     |   |    |  |
|-----|---|----|--|
| 本人  | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 |    |  |
| 提出者 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> その他  | 番号 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード |