

(表面)

様式第14号(第8条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 山梨市長

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。

フリガナ被保険者氏名、生年月日、住所、入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)、入所(院)年月日(※)の記入欄

配偶者の有無、配偶者に関する事項(フリガナ氏名、生年月日、住所、本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)、課税状況)の記入欄

収入に関する申告(生活保護受給者、課税年金収入額と合計所得金額【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下、年額80万円を超え、120万円以下、年額120万円を超えます)、預貯金等に関する申告(預貯金額、有価証券(評価概算額)、その他(現金・負債を含む))の記入欄

※1 夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は1,000万円 ※2 内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名、連絡先(自宅・勤務先)、申請者住所、本人との関係の記入欄

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所有している場合は、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。

保険者確認欄 (備考、受付、入力、確認)

裏面にも記入してください。

(裏面)

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	預貯金額
預貯金			
有価証券等	氏名	種類	評価概算額
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額
合計			

○ 必要書類

- ・ 預貯金の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
- ・ 預貯金 (普通・定期)・・・通帳の写し (銀行名・支店名・名義・最終残高 (2ヶ月前まで) の分かる部分)
- ・ 有価証券 (株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・ 負債 (借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

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、山県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。

山 県 市 長 あて

年 月 日

<被保険者>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

氏名

続柄 ()

受付確認	本人	<input type="checkbox"/> 個番	1点	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在カ	確認者
			2点	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 負証 <input type="checkbox"/> 高証 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 福証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	代理人	<input type="checkbox"/> 代身 <input type="checkbox"/> 委任			