

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 札幌市 区長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る介護保険負担限度額認定の申請をします。

フリガナ			申請年月日	令和 年 月 日		
被保険者氏名			被保険者番号			
			個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
被保険者住所	〒 - 電話番号 ()					
利用事業所の所在地及び名称(※)	所在地	〒 - 電話番号 ()		※利用していない場合は記入不要です。また、短期入所利用の方は、入所年月日の記入は不要です。		
	名称					
利用サービス種類(※)	施設入所 ・ 短期入所					
入所年月日(※)	年 月 日					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金、生活保護を受給している者または境界層に該当する者					
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、非課税年金(遺族年金※・障害年金)を受給している者 受給している年金の保険者(日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。					
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であって、非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給していない者					
	<input type="checkbox"/> 課税層特例(この場合、別途申告書の添付が必要です。)					

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名			本人との関係		
申請者住所	〒 - 電話番号 ()				

※生活保護を受給している方と境界層該当証明書を添付している方は、下記以降(裏面の同意書含む)について記入は不要です。

配偶者に関する事項	配偶者(事実婚含む)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」については記入不要です。			
	住民登録上の世帯	同一世帯 ・ 別世帯(市内住所) ・ 別世帯(市外住所)				
	フリガナ			被保険者番号		
	配偶者氏名			個人番号		
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
	現住所 ※被保険者と同一世帯の場合は記入不要	〒 - 電話番号 ()				
	本年1月1日の住所(1~7月適用開始分は前年1月1日) ※現住所と異なる場合のみ	〒 -		市町村民税課税状況 課税 ・ 非課税		

預貯金等に関する申告 ※配偶者分は()内に記入	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)超				
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下				
	預貯金額	円 ()円	有価証券 (評価概算額)	円 ()円	その他 (現金・負債を含む) ()円
	※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。 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。 ※預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)超の場合、不承認となる場合がある				

※裏面に続きますので、裏面の同意書欄に必ずご記入ください。

札幌市記入欄

申請種類	新規申請 ・ 変更申請 ・ 更新申請				
資格取得日	年 月 日	判定基準日	年 月 日	生活保護・境界層該当有無	有 ・ 無
老齢福祉年金受給有無	非課税年金有無	課税層特例該当有無	市町村民税課非：世帯	配偶者課非：本人	
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	課税・非課税・未確定・未申告	課税・非課税・未確定・未申告	
給付制限有無	預貯金等の資産		利用者負担段階決定区分 第 段階 ・ 非該当		
有(期間： . . ~ . .)・無	合計 ()円 承認・不承認		非該当事由：(世帯・配偶者)課税・預貯金		
有効期間	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日		
認定証交付年月日	令和 年 月 日		未交付(理由：)		
<備考>	<input type="checkbox"/> 個人番号確認				

同意書

札幌市長 様

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、札幌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

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

(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。