

# 介護保険 負担限度額認定(特定入所者介護サービス費) 申請書

■被保険者情報				個人番号				-			
フリガナ		性別		生年月日				介護保険の被保険者番号			
氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日( 歳)				00			
住所		電話番号( ) -									
■介護保険施設情報(決定・予定・未定)											
形態		特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型施設・ショートステイ・その他						利用開始(予定)年月日			
所在地及び名称		平成 年 月 日									
電話番号( ) -											
■申請事由(新規・転入・世帯変更・税修正・預貯金等の変化)											
該当があれば○		生活保護(受給中・開始・停止・廃止) 要保護境界層(開始・廃止) 老齢福祉年金受給者									
■本人の収入等に関する申告											
該当に○		1. 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 2. 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下である 3. 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超える									
■本人および配偶者の預貯金等に関する申告											
金額を記入		預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下である ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり									
		預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)		( )※1		※1 内容を記入してください	
		円		円		円		円			
■配偶者情報(有・無)				フリガナ		性別		生年月日			
個人番号		-		氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日( 歳)			
住所		電話番号( ) -									
本年1月1日の住所		(現住所と異なる場合のみ記入)									
宮崎市長様 上記のとおり、食費・居住費にかかる負担限度額認定を申請します。 なお、負担限度額の認定に際し必要な被保険者、配偶者(内縁関係の者を含む)、及び被保険者の世帯員の所得及び課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認を行うことに同意いたします。 平成 年 月 日 申請者 氏名 印 続柄( ) 住所 電話番号( ) -											

- 注意事項 (1)「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てください。  
 (3)書き切れない場合は、別紙に記入のうえ添付してください。  
 (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。

受付印

【宮崎市記入欄】

決裁	課長	課長補佐	係長	精査	入力	担当	(伺)下記のとおり認定してよろしいか。			
							伺い日 平成 年 月 日 決裁日 平成 年 月 日			
認定(決定)日		適用期間				認定証交付(送付)日		負担限度額		
平成 年 月 日		平成 年 月 日～平成 年 月 日				平成 年 月 日(住・送)				
課税状況及び所得等の状況	利用者	課税・非課税(合計所得金額、課税年金収入額、預貯金額)							1. 第1段階	
	配偶者	生活保護受給者・老齢福祉年金受給者・要保護境界層該当者・給付制限・その他							2. 第2段階	
	世帯員	課税・非課税(預貯金額)							3. 第3段階	
		世帯員 名(課税者 名、非課税者 名)※非課税者氏名							4. 第4段階 (非該当・第3段階適用)	