

介護保険 負担限度額認定申請書

<申請者> (介護保険の被保険者)

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。						
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
氏名	署名	個人番号				
		日中連絡先	-	-		
住所	(建物名等)	被保険者番号				

介護保険施設の名称	サービス種類	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ		
入所(院)年月日	年	月	日	※入所していない場合及びショートステイの場合は記載不要です。

<被保険者の配偶者に関する事項> (世帯を分離している・内縁関係にある場合を含む)

▼「無」の場合、もしくは生活保護を受給している方は、以下の記載は不要です

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名		個人番号	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)		
前年度1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)			

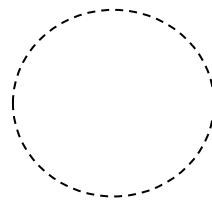
<提出代行者> (被保険者本人以外が提出する場合に記入してください)

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
氏名		日中連絡先	-	-		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)		続柄	申請者から見て		
	(建物名等)					

北見市使用欄

本人確認	生活保護	老福受給	境界層	住民税 本人	住民税 世帯		
①番・免・パ・手帳 他()	有・無	有・無	有・無	課税・非課税	課税・非課税		
②証・年金・児童・ パス・社員・学生 他()	課税者の氏名		被保険者の収入額				
③ヒア	(合計所得金額+年金収入額+非課税年金収入)						
	交付年月日		適用年月日		有効期限		
	年	月	日	年	月	日	
負担限度額認定結果(円/日)				居宅事業所			
利用者負担段階	1.第1段階	2.第2段階	3.第3段階	4.第4段階	前年度申請 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当()		
食費限度額	300	390	650	不承認	備考		
居住費限度額	ユニット型個室	820	1,310		受付	入力	
	ユニット型個室の多床室	490	490		確認	受付簿入力	
	従来型個室 特養 (老健・療養等)	320 (490)	420 (490)		820 (1,310)		
	多床室	0	370		370		

裏面も
ご記入ください。



<収入等に関する申告>

収入等に関する申告	<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
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金 ※1 ・ 障害年金】※2 収入額の合計が 80 万円以下である
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金 ※1 ・ 障害年金】※2 収入額の合計が 80 万円を超える

※1 遺族年金には、「寡婦年金」・「かん夫年金」・「母子年金」・「準母子年金」・「遺児年金」も含まれます。

※2 受給している年金の種類に○をつけてください。

<預貯金等に関する申告>

種 類	氏名（口座名義）	金融機関および支店名	預貯金額（円）				
普通預金		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
定期預金		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
		銀行・信金・労金 本店 信組・農協・漁協 支店					
有価証券 その他 (現金・負債等)	氏 名	種 類	評価概算額（円）				
			合 計				

同意書

北見市長様

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、北見市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私および配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈本人〉 住 所

氏 名

印

〈配偶者〉 住 所

氏 名

印