

郡山市介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請

年 月 日

郡山市長

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		被保険者番号							
被保険者氏名		個人番号							
生年月日	明・大・昭・平	年		月		日	性別	男・女	
住所	〒		—		電話番号 ()				
入所(院)した介護保険施設所在地及び名称※1	〒		—		電話番号 ()				
入所(院)年月日※1		年		月		日	※1入所(院)していない場合は記入不要です。		

配偶者の有無	有・無	※2「無」の場合、「配偶者に関する事項」については記入不要です。							
配偶者に関する事項 ※2	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年		月		日
	氏名		個人番号						
	住所	〒		—		電話番号 ()			
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)								

収入に関する申告	1. 生活保護等を受給していますか。	はい ・ いいえ							
	2. 昨年、非課税年金を受給していましたか。	はい ・ いいえ							
	⇒ (2.が「はい」の場合) 該当する年金に○してください。	遺族年金※ ・ 障害年金 ※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。							
	⇒ (2.が「はい」の場合) 年金保険者への届出住所	郡山市・その他 (市・区・町・村)							
	3. 受給している全ての年金の保険者に○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							
本人、配偶者の預貯金等に関する申告※3	預貯金額	有価証券(評価概算額)		その他(現金・負債を含む)					
	円	円		円					

※3 口座等を複数所有している場合は、配偶者分を含めてその全ての合計額を記載してください。

(預貯金、有価証券に係る通帳等の写しを添付すること)

申請者が被保険者本人の場合は、下記については記入不要です。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒		
<input type="checkbox"/> 認定証送付先	電話番号 ()		

認定証の送付先を変更したいときは、認定証送付先の□にレ点を記入してください。

裏面に注意事項・同意書があります。 忘れずに記入してください。	保険者使用欄	受付時確認事項 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し※		
	※誰の通帳か判別でき、最終取引日が2ヵ月以内である事。			
	<input type="checkbox"/> 年金支給者、受給年金の記入		<input type="checkbox"/> 同意書の有無	
段階		通番		認定日

注意事項

- 1 この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みません。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
添付がない場合は、銀行、信託会社その他の関係機関に対し照会しますので、認定結果が出るまで2か月以上かかることがあります。
- 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。

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、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、郡山市長の報告要求に対し、官公署、年金保険者又は銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を官公署、年金保険者又は銀行等に伝えて構いません。

郡山市長

年 月 日

被保険者

住所 _____

氏名 _____

配偶者

住所 _____

氏名 _____

保険者使用欄	
受付者	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()
	申請人の本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()
	代理人氏名等 <input type="checkbox"/> 氏名() <input type="checkbox"/> 申請人との関係()
	代理人の本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()