



(被保険者番号

) 氏名(

)

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。

以下市記入欄

要介護認定期間:( 介・支 ( 新規・更新(区変含)) )	
(前認定期間: 介・支 )	
年金収入+合所 (右欄計)	課税年金収入額 円
	非課税年金収入額 円 (住登 )
円 (A)	合計所得金額 円

被保険者の状況		第1号 (65歳~) _____歳		第2号 (40~64歳)		預貯金等基準超で非該当の場合に <input checked="" type="checkbox"/>
利用者負担段階	年金収入+合所 (A)	預貯金等合計額		預貯金等合計額		
		単身	配偶者有	単身	配偶者有	
1段階	生活保護受給者					
2段階	80万円以下	650万円以下	1,650万円以下	1,000万円以下	2,000万円以下	<input type="checkbox"/>
3段階①	80万円超 120万円以下	550万円以下	1,550万円以下			<input type="checkbox"/>
3段階②	120万円超	500万円以下	1,500万円以下			<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> 該当	第 段階	<input type="checkbox"/> 生活保護受給有 ( 生活保護受給開始年月日 : _____ ) (八王子市福祉事務所・ ( _____ ) 福祉事務所) <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給有 <input type="checkbox"/> 新規要介護認定開始年月日: _____			
	<input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> ① 本人に市民税が課税されているため <input type="checkbox"/> ② 市民税世帯課税であるため ( _____ 人世帯) <input type="checkbox"/> ③ 同一世帯でない配偶者が市民税課税であるため <input type="checkbox"/> ④ 厚生労働省令で定める額以上の資産があるため		

同意書	預貯金	年金	有価証券等	その他
不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 年金受給なし	不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<b>身元確認</b> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(1) <input type="checkbox"/> 運転免許証(1) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(1) <input type="checkbox"/> 医療保険証(2) <input type="checkbox"/> 介護保険証(2) <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 提示なし	<b>代理権確認</b> <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 提示なし	<b>個人番号確認</b> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 提示なし
備考欄		

# 同意書

八王子市長 殿

- 1 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。
- 2 貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
- 3 私(被保険者本人)が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

年 月 日

<被保険者>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名