

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

始良市長 殿

次のとおり、注意事項を確認の上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。

本人に関する事項	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	年 月 日	性別	男 ・ 女			
	住所	〒 -		連絡先 - -				
	入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 -		連絡先 - -				
	入所（院）年月日（※）	昭・平・令	年 月 日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。				

配偶者の有無（事実婚の相手を含む）		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。				
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名			個人番号			
	住所	〒 -		連絡先 - -			
	（現住所と異なる場合のみ） 本年1月1日現在の住所	〒 -					
	市町村民税の課税状況			課税 ・ 非課税			

※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。以下同じ。

本人の収入・預貯金等に関する申告事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者の預貯金額（夫婦の場合）				
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者	1000万円（2000万円）以下				
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下	650万円（1650万円）以下				
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下	550万円（1550万円）以下				
<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超	500万円（1500万円）以下					
預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債含む）	円	【（内容）】	円

※申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名・住所等は記入不要です。

申請者氏名		本人との関係	預貯金等合計（※記入不要）		<input type="checkbox"/> 確認済	受給している全ての年金の保険者に☑をして下さい。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
申請者住所		〒 -		連絡先 - -		
送付先		<input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 申請者宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

<始良市審査・記入欄> ※以下については記入不要です。

本人及び同一世帯者の収入等に関する事項	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税で高齢福祉年金の受給者／生活保護の受給者（A）		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額80万円以下（B）		
別世帯の配偶者に関する事項	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額80万円超120万円以下（C）		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額120万円超（D）		
別世帯の配偶者に関する事項	<input type="checkbox"/>	別世帯配偶者なし <input type="checkbox"/> 別世帯配偶者あり（市町村民税： 課税 ・ 非課税）		
預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	1000(2000)万円以下A <input type="checkbox"/> 650(1650)万円以下B <input type="checkbox"/> 550(1550)万円以下C <input type="checkbox"/> 500(1500)万円以下D		
審査結果	承認	1段階A・2段階B・3段階①C・3段階②D	有効期間	令和 年 月 1日
	却下	年 月 日交付		～ 令和 年 7月 31日

注意事項

- 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の者を含みます。
- 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、その全てを記入してください。
- 預貯金等に関する申告事項で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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所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。
- 負担限度額認定証の交付後申告事項等に変更があり、認定対象外となる場合は速やかに申し出てください。

課長	補佐	係長	係

同意書

始良市長 殿

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。

また、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。

令和 年 月 日

本人	住所	〒 —
	氏名	

配偶者	住所	〒 —
	氏名	