

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

(宛先) 中間市長

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の申請をします。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
生年月日	年	月	日生	性別	男・女														
住所	〒 電話番号 ()																		
入所(院)した介護保険施設(※)	〒 電話番号 ()																		
入所(院)年月日(※)	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	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、記載不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号																
	氏名		課税状況【市町村民税】	課税・非課税															
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女													
	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)																		

収入及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者														受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下の方で、かつ、預貯金等の金額の合計が単身で650万円以下です。(夫婦は、1,650万円以下です。)																
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下の方で、かつ、預貯金等の金額の合計が単身で550万円以下です。(夫婦は、1,550万円以下です。)																
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超の方で、かつ、預貯金等の金額の合計が単身で500万円以下です。(夫婦は、1,500万円以下です。)																
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円												

- 1 令和3年介護保険制度改正から本人の収入金額に応じた金額に変更となり、第3段階が①と②に細分化されました。
- 2 65歳未満の人(第2号被保険者)は、収入等に関係なく、預貯金合計額は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下。

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先	
申請者住所		本人との関係	

《 《 裏面に「同意書欄」あり 》 》

◆保険者記入欄

世帯状況		課税：非課税		課税：非課税
		課税：非課税		課税：非課税
		課税：非課税		課税：非課税
		課税：非課税		課税：非課税
利用者段階	第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・第4段階			
個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード又は写し <input type="checkbox"/> 通知カード又は写し <input type="checkbox"/> 住民票又は住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 記載拒否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			

同意書

(宛先) 中間市長

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。）に私及び私の配偶者（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、私及び私の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

〈配偶者〉

住所

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のものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類に預貯金等を複数保有している場合は、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) 書ききれない場合は、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。