

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

提出日をご記入ください。

令和×年 ×月 ×日

(申請先)

美馬市長 様

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 被保険者氏名	ミマ タロウ 美馬 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	昭和 ××年 ××月 ××日	性別	男 ・ 女
住所	美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地 住民登録地の住所をご記入ください。 5605		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	美馬市美馬町字天神121番地 特別養護老人ホーム◎◎荘 連絡先 0883-63-3111		
入所(院)年月日(※)	平成27年 8月 1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	ミマ ハナコ
	氏名	美馬 花子
	生年月日	昭和 △△年 △△月 △△日
	住所	同上 連絡先 0883-52-5605
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	徳島県徳島市幸町2丁目5 本年1月1日現在、美馬市外へ住民票があった場合は所得照会を行う必要があるため、必ず記入して下さい。(場合によっては認定が遅れる場合があります。)
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	<input checked="" type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇してください。以下同じ) ※ 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。
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。
預貯金等に関する申告 ※預貯金等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
	預貯金額	1,234,567円
	有価証券(評価概算額)	654,321円
	その他(現金・負債を含む。)	()※

申請者氏名	脇 町子	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。
申請者住所	美馬市脇町大字脇町1302番地	連絡先(自宅・勤務先) 0883-52-5600
		本人との関係 子

・配偶者がいる場合は、夫婦の合計額を記入してください。
・記入した金額が確認できる書類を添付してください。

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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。）の収入及び課税状況並びに保有する預貯金、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、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もかまいません。

美馬市長あて

令和 ×年 ×月 ×日

提出日をご記入ください。

〈本人〉

住 所： 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地

氏 名： 美馬 太郎

〈配偶者〉

住 所： 美馬市穴吹町穴吹字九反地5番地

氏 名： 美馬 花子

● 必要書類 ●

- ・介護保険負担限度額認定申請書及び同意書
- ・本人及び配偶者の預貯金等の直近2か月分以上の残高と口座番号が確認できるもの(預貯金通帳等の写し、残高照会書等)
- ・介護保険被保険者証
- ・本人及び配偶者の個人番号の確認できる書類(個人番号カード、通知カード等)
- ・来庁者の本人確認書類(運転免許証等)

※郵送の場合は上記書類の内、申請書及び同意書以外は写しを添付してください。

市町

市民税世

給付制限

配偶者

高齢福祉

生活保護

期

年 月 日

月 日

月 日

月 日

負担段階

3①・3②・4