

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

美馬市長

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                                 |     | 年 | 月 | 日      | 性別  | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                                   | 連絡先 |   |   |        |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 連絡先 |   |   |        |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      |     | 年 | 月 | 日      | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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                   |     |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                     |     |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   |     | 年   | 月 | 日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                     | 連絡先 |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |     |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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"/>  | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者   |   |                 |  |   |                    |            |              |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|                          | <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】収入額の合計額が年額80万円以下です。<br>(受給している年金に○してください。)<br>※ 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。 |   |                 |  |   |                    |            |              |  |  |  |  |  |  |  | 受給している全ての年金保険者に○してください。<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。<br>(受給している年金に○してください。) |  |   |                 |  |   |                    |            |              |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| 預貯金等に関する申告               | <input type="checkbox"/>  | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。<br>※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり  |   |                 |  |   |                    |            |              |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|                          | 預貯金額  |  | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) |  | 円 | その他<br>(現金・負債を含む。) | ( )※<br>円※ | 内容を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

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(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

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

年 月 日

〈本人〉

住 所 :

氏 名 :

〈配偶者〉

住 所 :

氏 名 :

## 担当課記入欄

| 市民税世帯課税                   | 有・無  | 資産の状況   | 基準(1千万・2千万)以下・超   | 要介護度  |   | 認定期間    |         |
|---------------------------|------|---------|-------------------|-------|---|---------|---------|
|                           |      |         |                   | 支     | 介 | 年 月 日 ~ | 年 月 日   |
| 合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円 | 以下・超 | 特例減額措置  | 該当(居住費・食費・両方)・非該当 | 支     | 介 | 年 月 日   | 年 月 日   |
| 配偶者                       | 有・無  | 配偶者の課税  | 有・無               | 交付年月日 |   | 年 月 日   |         |
| 老齢福祉年金                    | 有・無  | 境界層     | 有・無               | 適用年月日 |   | 年 月 日   |         |
| 生活保護                      | 有・無  | 生保受給開始日 | ~                 | 有効期限  |   | 年 月 日   |         |
| 戸籍                        | 課税   | 金融機関    | 備考                |       |   |         | 1・2・3・4 |

## 窓口記入欄

| 受付 | 個人番号確認   | 本人(申請者又は代理人)確認                   | 写真付1点                             | 写真無2点 | 代理権の確認                                 | ※本人以外が来庁した場合 |
|----|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------|--|--------------|
| 穴  | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し)                     | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 年金証書     |       | <input type="checkbox"/> 委任状           |              |
| 脇  | <input type="checkbox"/> 通知カード(写し)                       | <input type="checkbox"/> 運転免許証   | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 |       | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(成年後見人)  |              |
| 美  | <input type="checkbox"/> 住民票等(写し)                        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | ( )                               |       | <input type="checkbox"/> その他(本人の保険証等)  |              |
| 木  | <input type="checkbox"/> 担当者記入                           | <input type="checkbox"/> 介護保険証   | <input type="checkbox"/> その他      |       | ( )                                    |              |
|    | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 | <input type="checkbox"/> 健康保険証   | ( )                               |       | <input type="checkbox"/> 無し(使者・提出代行扱い) |              |
| 備考 | 代理人・使者の場合は来庁者の氏名及び続柄を記入                                  |                                  |                                   |       |  |              |