

# 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 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	連絡先														
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														
	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。 (受給している年金に○してください。) ※ 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。  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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (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。 ※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 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む。)	( )※ 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	負担段階			
				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					