

(表)
介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

指宿市長 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			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日		本人確認	介護保険証・医療保険証・免許証・個人番号C・委任状・その他（ ）									
住 所	〒		連絡先（電話）										
入所した介護保険施設の所在地及び名称	〒		連絡先（電話）										
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には、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・平 年 月 日									
	氏 名			個人番号										
	住 所	〒		連絡先（電話）										
	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 ） ※ ○で囲んでください													

収入等に関する申告	☐	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			預貯金等の基準額	1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下※1					
	☐	市町村民税非課税世帯で	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万9千円以下です。(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。			650万円 (夫婦は1,650万円) 以下					
	☐		課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下です。(受給している年金に○してください。)			550万円 (夫婦は1,550万円) 以下					
	☐		課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○してください。)			500万円 (夫婦は1,500万円) 以下					
預貯金等に関する申告(配偶者分を含む)	☐	預貯金, 有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※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	

※明細を裏面に記入してください。 送付先 _____

○申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者	氏名			本人との関係
	住所			連絡（自宅・勤務先）
申請者確認				介護保険証・医療保険証・免許証・個人番号C・委任状・その他（ ）

※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者を含みます。
- (2) 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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 虚偽の申告により、不正に介護負担限度額認定を受け特定入所者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。
- (5) 65歳未満（第2号被保険者）の方は段階にかかわらず預貯金等の基準額は※1になります。
- (6) 課税夫婦世帯等で、施設に入所（ショートステイ除く。）し、一定の要件を満たせば、限度額認定証の対象になる場合があります。

※ 裏面もご記入ください。 入力処理（ ）

(裏)

○ 本人及び配偶者の預貯金等についてご記入ください。

預貯金等に関する申告の明細	種類	氏名（口座名義）	金融機関及び支店名	預貯金額
	預貯金			円
				円
				円
				円
	有価証券等	氏 名	種 類	評価概算額
				円
				円
	その他 (負債・現金等)	氏 名	種 類	金 額 円
				円
			円	
添付書類			合 計	円

○ 預貯金等の要件を確認できる書類

- ・預貯金（普通・定期）・・・通帳等の写し（銀行名、支店名、名義、最終残高（2ヶ月前まで）の分かる部分）
- ・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社又は銀行残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

【 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に私及び配偶者（内縁関係の者を含む）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、照会すること、及び私の当該申請に対する決定事項について居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、指宿市が情報を提供す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まいります。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

【市記入欄】

判定	☐ 第1段階	☐ 第2段階	交 付 年 月 日
	☐ 第3段階①	☐ 第3段階②	年 月 日
☐ 非該当（基準費用額）			
世帯全員市町村民税	☐ 課税 ☐ 非課税	1 合計所得 円	適 用 年 月 日
別世帯配偶者市町村民税	☐ 課税 ☐ 非課税	2 課税年金収入 円	年 月 日
老 齢 福 祉 年 金	☐ 有 ☐ 無	3 非課税年金収入 円	
生 活 保 護	☐ 有 ☐ 無	1～3合計 円	有 効 期 限
※ 2（80万9千以下）、3①（80万9千超120万以下）、3②（120万超）			
預貯金	☐ 第1段階（1,000万円（夫婦は2,000万円）以下） ☐ 第3段階①（550万円（夫婦は1,550万円）以下）	☐ 第2段階（650万円（夫婦は1,650万円）以下） ☐ 第3段階②（500万円（夫婦は1,500万円）以下）	年 月 日