

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生年月日																			
住所	電話番号																			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	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	配偶者の有無が「無」の場合、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																			
	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)	電話番号																		
課税状況	市町村民税																			

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 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 82.65 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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。																		
	<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 82.65 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 ※通帳等の写し は別添	<input 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																			
	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、以下の記載は不要です。

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。

裏面もご記入ください。

(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

送付先

### 【 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	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 非該当 (基準費用額)		<input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階②		交付年月日	
	年 月 日					
世帯全員市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	所得等	1 合計所得	円	適用年月日
別世帯配偶者市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税		2 課税年金収入	円	年 月 日
老 齢 福 祉 年 金	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		3 非課税年金収入	円	
生 活 保 護	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		1～3合計	円	有効期限
預貯金	<input type="checkbox"/> 第1段階 (1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下) <input type="checkbox"/> 第3段階① (550万円 (夫婦は1,550万円) 以下)		<input type="checkbox"/> 第2段階 (650万円 (夫婦は1,650万円) 以下) <input type="checkbox"/> 第3段階② (500万円 (夫婦は1,500万円) 以下)		年 月 日	