

(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 | <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 | 預貯金等の基準額 | 1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下※1 |
| | <input type="checkbox"/> | 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 |
| | <input type="checkbox"/> | 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 |
| | <input type="checkbox"/> | 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) | <input type="checkbox"/> | 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かまいません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

市記入欄

| | | | | | | |
|-------------|----|---|---|--|-------|-------|
| 決裁 | 課長 | 係長 | 係 | 判定 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 非該当 (基準費用額) | 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 齡 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 ※2 (80万以下), 3① (80万超120万以下), 3② (120万超) | 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 | | |