

(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

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		