

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

日置市長 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						
住 所	〒 日置市		連絡先（電話）				
入所(院)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			個 人 番 号			
	氏 名						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	住 所			連絡先（電話）			
	<small>本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)</small>						
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税						

※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000万円（2000万円）以下		
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	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	650万円（1650万円）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】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下	550万円（1550万円）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】収入額の合計額が年額120万円超	500万円（1500万円）以下	
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)	【(内容)】 円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯電話)
申請者住所	本人との関係

受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

注

- 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 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資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下となります。
- 3 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、通帳等の写しを添付してください。
- 4 書き切れない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上、添付してください。
- 5 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。

裏面へ➡➡

同意書

日置市長 様

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、銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）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、報告を求めることに同意します。

また、日置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構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

市記入欄

利用者負担段階	非該当根拠	備考	交付年月日			
<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過		令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 第2段階			適用年月日			
<input type="checkbox"/> 第3段階①			令和 年 月 日から			
<input type="checkbox"/> 第3段階②			有効期限			
<input type="checkbox"/> 非該当			令和 年 月 日まで			
決裁	課長	課長補佐	係長	係	担当	受付