

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
美 称 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	性 別	男 ・ 女									
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 に 関 する 事 項	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。								
	フリガナ			個人番号								
	氏 名			市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税							
	生年月日	明・大・昭	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のみ御記入ください。										

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者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	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円以下です。 (受給している年金を○で囲む)						650万円(夫婦は 1,650万円)以下	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超え120万以下です。 (受給している年金を○で囲む)						550万円(夫婦は 1,550万円)以下	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、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120万円を超えます。 (受給している年金を○で囲む)						500万円(夫婦は 1,500万円)以下	
預貯金等に関する申告 (配偶者のものを 含む)	☐	預貯金・有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金・有価証券にかか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	

※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、下記については記入不要です。

申請者氏名			本人との関係		
申請者住所	電話番号 ()				

◎ 裏面の同意書も忘れずに御記入のうえ、注意事項を御確認ください。

市記入欄									
提出書類	☐ 通帳等の写し(申請書記載分すべて) ☐ 同意書(押印の確認)								
番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票(番号付)			本人確認		免 ・ 保(介・健)・その他()			
審 査	本人世帯(非課税 ・ 課 税)		配偶者(非課税 ・ 課 税)		資 産(範囲内 ・ 超 過)				
決 定	☐ 承認 (第 段階) ☐ 却下 (理由)								
決定年月日	令和 年 月 日					交付年月日	令和 年 月 日		
決 裁	課長	班長	班員	班員	班員	入力	適用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	

同意書

美 祢 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、年金保険者又は銀行、信託会社、その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(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、美祢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

※氏名は自署してください。代筆の場合は、記名押印してください。

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- (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。

【必要書類】

預貯金等の要件を確認できる次の書類を添付してください。(本人と配偶者のもの)

●預貯金 … 通帳や定期証書のコピー

最新まで記帳したもの

※①銀行名・支店名・名義の記載部分(表紙裏面)と
②申請日から2か月前までの出入金の記載部分
(その間に出入金がない場合は最終残高の記載部分)

●有価証券(株式・国債・地方債・社債など) … 証券会社や銀行の口座残高のコピー

●金・銀(積立購入を含む)など … 購入先の銀行等の口座残高のコピー

●投資信託 … 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高のコピー

●負債(借入金・住宅ローンなど) … 借用書などのコピー

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(申請先)

美 祢 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。

マイナンバー(個人番号)を記入

※空欄でも受付可

フリガナ	ミネ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	美祢 太郎	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ 女
住 所	美祢市〇〇町〇〇 〇番地〇〇	電話番号	0837 (5 ×) × × × ×
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	美祢市〇〇町〇〇 〇番地〇〇	特別養護老人ホーム△△園	電話番号 0837 (5 ×) × × × ×
入所(院)年月日(※)	〇〇年 △月 □日	住民票上世帯が異なる配偶者や内縁 関係の方を含む	入所(院)年月日(※) 〇〇年 〇月 〇日

配偶者に関する事	配偶者の有無	有	無	
	フリガナ	ミネ ハナコ	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
	氏 名	美祢 花子	市町村民税 課税状況	課税 非課税
	生年月日	明・大・昭 ××年 ×月 ×日	住 所	美祢市△△町△△ △△番地△△
		電話番号	08396 (2) × × × ×	

該当する箇所にチェックを記入

異なる場合のみ御記入ください。

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者である老齢福祉年金受給者	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
	☒	市町村民税世帯非課税者であって、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90万円以下です。 (受給している年金を○で囲む)	650万円(夫婦は1,650万円)以下		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、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90万円を超えます。 (受給している年金を○で囲む)	550万円(夫婦は1,550万円)以下		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、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120万円を超えます。 (受給している年金を○で囲む)	500万円(夫婦は1,500万円)以下		
預貯金等に関する申告 (配偶者のものを含む)	☒	預貯金・有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金・有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	2,500,000 円	有価証券 (評価概算額)	0 円	その他 (現金・負債を含む)

※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、下記については記入不要です。

申請者氏名	美祢 一郎	本人との関係	子
申請者住所	美祢市△△町△△ △△番地△△	電話番号	08396 (2) × × × ×

① 本人と配偶者のすべての口座の預貯金額合計、有価証券、手持ちの現金(タンス預金を含む)等を記入。ない場合は「0」と必ず記入する。注意事項を御確認ください。

※申請書裏面の【必要書類】欄に記載してある書類を添付すること

決 定	☐ 承認 (第 段階)	☐ 却下 (理由)	
決定年月日	令和 年 月 日	交付年月日	令和 年 月 日
決 裁	課長 班長 班員 班員 班員 入力	適用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日

同意書

美 祢 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、年金保険者又は銀行、信託会社、その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(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、美祢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 美祢市○○町○○ ○番地○○

氏名 美 祢 太 郎

<配偶者>

住所 美祢市△△町△△ △△番地△

氏名 美 祢 花 子

※氏名は自署してください。代筆の場合は、記名押印してください。

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- (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。

【必要書類】

預貯金等の要件を確認できる次の書類を添付してください。(本人と配偶者のもの)

●預貯金 … 通帳や定期証書のコピー

最新まで記帳したもの

- ※①銀行名・支店名・名義の記載部分(表紙裏面)と
②申請日から2か月前までの出入金の記載部分
(その間に出入金がない場合は最終残高の記載部分)

●有価証券(株式・国債・地方債・社債など) … 証券会社や銀行の口座残高のコピー

●金・銀(積立購入を含む)など … 購入先の銀行等の口座残高のコピー

●投資信託 … 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高のコピー

●負債(借入金・住宅ローンなど) … 借用書などのコピー