

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 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。

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------|---|--------|---|---|-------|--|--|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> | 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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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80万9千円以下です。(受給している年金を○で囲む) | | 650万円(夫婦は1,650万円)以下 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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80万9千円を超え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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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) | <input type="checkbox"/> | 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。

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

(その間に入出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 ○年 ○月 ○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

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 ○年 ○月 ○日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 美祢市○○町○○ ○番地○○ | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 美祢市○○町○○ ○番地○○ | 特別養護老人ホーム△△園 | 電話番号 0837 (5×) ×××× |
| 入所(院)年月日(※) | ○○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 | 電話番号 0837 (5×) ×××× |

| | | | | |
|-----------|--------|--|------------------------|---|
| 配偶者に関する事項 | 配偶者の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 配偶者に関する事項については、記入不要です。 | |
| | フリガナ | ミネ ハナコ | 個人番号 | |
| | 氏名 | 美祢 花子 | 市町村民税課税状況 | 課税 <input type="radio"/> 非課税 <input checked="" type="radio"/> |
| | 生年月日 | 明・大・ 昭 ××年 ×月 ×日 | 住所 | 美祢市△△町△△ △△番地△△ |
| | 住所 | 電話番号 08396 (2) ×××× | | |

該当する箇所にチェックを記入

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|---------------|--------------------|
| 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 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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) | <input checked="" type="checkbox"/> | 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) | (現金) ※ 200,000 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 | 美祢 一郎 | 本人との関係 | 子 |
| 申請者住所 | 美祢市△△町△△ △△番地△△ | | |
| 申請者電話番号 | 電話番号 08396 (2) ×××× | | |

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。

※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

注意事項を御確認ください。

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