

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	☐	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