

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 光市長

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	
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(※)	昭・平・令 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」については記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	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)		
課税状況	市区町村民税	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市区町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 受給している全ての年金の保険者に○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 </div>				
	<input type="checkbox"/>	市区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。 (受給している年金に○して下さい) ※ 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。					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市区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80万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい)					
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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					
	①預貯金額	円	②有価証券(評価概算額)	円	③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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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。

※光市記入欄(記入しないでください。)

利用者負担段階	食費 :	段階	審査	
	居住費 :	段階	本人世帯	非課税・課税
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 通帳等の写し	配偶者	非課税・課税
			資産	範囲内・超過

適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
決定日	年 月 日
決定	承認 ・ 非承認

同意書

光市長 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（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、光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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

市記入欄

マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 本人の身元確認 <input type="checkbox"/> 代理人の身元確認 ①個人番号カード・運転免許証・介護支援専門員証・その他（ ） ②介護保険被保険者証・負担割合証・医療保険証・年金手帳・預金通帳・その他（ ） <input type="checkbox"/> 個人番号の確認 個人番号カード(写真入り)・通知カード(紙)・個人番号が記載された住民票 <input type="checkbox"/> 代理権の確認 <input type="checkbox"/> 法定代理人 → <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、審判確定通知その他法定代理人であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 任意代理人 委任状・本人の介護保険被保険者証・本人の医療保険証・その他（ ）				
	備考				
決裁欄	受付	確認	担当	係長	課長