

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			
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(※)		(※)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	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		預貯金等に関する申告	
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市区町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>1,000万円</u> (夫婦は <u>2,000万円</u>) 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
<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(※1)・障害年金】収入額の合計額が年額 <u>82.65万円</u> (※2)以下です。(受給している年金に○して下さい) ※1 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。 ※2 R8.7.31までは、82.65万円を80.9万円と読み替えます。以下同じ。	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>650万円</u> (夫婦は <u>1,650万円</u>) 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
<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 <u>82.65万円</u> を超え <u>120万円</u> 以下です。(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 <u>550万円</u> (夫婦は <u>1,550万円</u>) 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
<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 <u>120万円</u> 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 <u>500万円</u> (夫婦は <u>1,500万円</u>) 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)
		円	円

※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。

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	承認・非承認
決定日	年 月 日		

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

<配偶者>

住 所

氏 名

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				
備考	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（ ）				
決裁欄	<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（ ）				
	受付	確認	担当	係長	課長