

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

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（※）	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	
☐	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	☐	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
☐	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80.9万円（※2）以下 です。（受給している年金に〇して下さい） ※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 R7.7.31までは、80.9万円を80万円と読み替えます。以下同じ。	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円（夫婦は1650万円）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
☐	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80.9万円を超え120万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい）	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円（夫婦は1550万円）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
☐	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120万円を超えます。 （受給している年金に〇して下さい）	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円（夫婦は1500万円）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) 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

- (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) 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	☐ 同意書 ☐ 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	☐ 本人の身元確認 ☐ 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（ ） ☐ 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 ☐ 代理権の確認 ☐ 法定代理人 → ☐ 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 ☐ 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