介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

諫早市長 大久保 潔重 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																					
住所	〒										連絡先										
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒										連絡先										
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	〒										連絡先									
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒																			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																				
収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円以下 です。（受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※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。																			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円を超え、120万円以下 です。																			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超え ます。																			
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																			
	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)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

同意書

諫早市長 大久保 潔重 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、報告を求めらるることに同意します。

また、貴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

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

諫早市長 大久保 潔重 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	イサハヤ タロウ		被保険者番号	介護保険証の番号	
被保険者氏名	諫早 太郎		個人番号	マイナンバーの番号	
生年月日	昭和 17 年 4 月 1 日				
住所	〒 854-8601 諫早市東小路町7-1				
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒				
入所（院）年月日（※）	年 月 日（※）介護保険施設に入所（院）していない及び記入不				
配偶者の有無	有				
配偶者に関する事項	フリガナ	イサハヤ ハナコ			
	氏名	諫早 花子			
	生年月日	昭和 18 年 4 月 1 日		個人番号	マイナンバーの番号
	住所	〒 854-8601 諫早市東小路町7-1 連絡先 22 - XXXX			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒			
課税状況	市町村民税 課税		非課税		

番号が分からない場合は、未記入でも受付可能です。マイナンバーを御記入いただいた場合は、別途身元確認書類（個人番号カード等）が必要ですので、受付の際に御持参ください。

- ・同一世帯でない配偶者
- ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方（内縁関係）も「有」になります。

配偶者に係る事

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☒	③市町村民税世帯非課税者であつて、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に〇してください。以下同じ。） <small>※遺族年金、かんき年金、母子年金、進母年金、遺児年金を含むもの。以下同じ。</small>				
	☐	④市町村民税世帯非課税者であつて、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。				
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であつて、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の				
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1,000万円（夫④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	0	円	その他 (現金・負債を含む)

ない場合は「0」をご記入ください。

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

本人以外の方が提出する場合のみ記入してください。

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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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、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。

裏面の記入もお願いします。

記入例

同意書

諫早市長 大久保 潔重 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、報告を求めらるることに同意します。

また、貴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。

記入日

年 月 日

<本人>

住 所 諫早市東小路町7-1

氏 名 諫早 太郎

被保険者の住所・氏名を御記入ください。

<配偶者>

住 所 諫早市東小路町7-1

氏 名 諫早 花子

配偶者「有」の場合は、配偶者の住所・氏名を御記入ください。