

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

諫早市長 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		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 <u>年額82.65万円以下</u> です。 (受給している年金に○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 <u>年額82.65万円を超え、 120万円以下</u> 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 <u>年額120万円を超え</u> ます。																		
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等の写しは別添	☐	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 殿

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 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）していない場合は記入不要です。			
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			
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82.65万円以下です。 該当する項目を選んで✓をつけてください。		
	☐	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82.65万円を超え、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 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1,000万円（夫婦共々）以下、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（夫婦共々）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）※ 100,000 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。
- 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。
- 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。
- 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、その規定に基づき、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。

同意書

諫早市長 殿

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。