

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

大里広域市町村圏組合管理者 宛

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			性別	男 ・ 女							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号						
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	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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	②	市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。								受給している全 ての年金の保険 者に○してくだ さい	
	③	(1) 市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 万円超～120 万円以下です。（受給している年金に○して下さい）								日本年金機構 地方公務員共済	
	③	(2) 市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○して下さい）								国家公務員共済 私学共済	
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※） 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり									
	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)						

内容を記入してください

（※）預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり

- ① 単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下 ② 単身 650 万円、夫婦合計 1,650 万円以下
 ③ (1) 単身 550 万円、夫婦合計 1,550 万円以下 ③ (2) 単身 500 万円、夫婦合計 1,500 万円以下
 * 第 2 号被保険者は、段階に関わらず単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	電話番号（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所有している場合は、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 2 2 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を納付していただくことがあります。

同意書

大里広域市町村圏組合 管理者 宛

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、大里広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印（自署する場合は、押印不要）

<配偶者>

住所

氏名

印（自署する場合は、押印不要）