

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 合志市長

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                             | 明・大・昭 | 年      | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 |   |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                               | 連絡先   |        |   |   |    |       |   |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称(※) | 連絡先   |        |   |   |    |       |   |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日(※)                      | 昭・平・令 |        |   |   | 年  | 月     | 日 | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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                          | ※「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<br>に関する<br>事項 | フリガナ                           |                                      |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 氏名                             |                                      |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 生年月日                           | 明・大・昭                                | 年 | 月 | 日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住所                             | 連絡先                                  |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(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  | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                 |  |  |  |                 |   |  |  |  |                   |           |  |                                                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br><b>年額 82.65 万円以下</b> です。(受給している年金に○して下さい)<br>※ 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○して下さい<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br><b>年額 82.65 万円を超え 120 万円以下</b> です。(受給している年金に○して下さい)                                  |  |  |  |                 |   |  |  |  |                   |           |  |                                                                    |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br><b>年額 120 万円を超えます。</b> (受給している年金に○して下さい)                                             |  |  |  |                 |   |  |  |  |                   |           |  |                                                                    |  |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は下記のとおりです。<br>※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<br>(評価概算額) | 円 |  |  |  | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円 |  |                                                                    |  |

※内容を記載してください。

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    |  |
| 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また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。
- 書き切れない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- 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、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

(あて先)合志市長

## 1 金融機関等照会について

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

連絡先

<配偶者>

住 所

氏 名

連絡先

## 2 個人番号の確認等について

※個人番号が確認できる通知カード等を持参されていない場合は下記の同意書欄の記入が必要です。  
なお、確認した個人番号（マイナンバー）については、他に使用しません。

個人番号（マイナンバー）の利用及び確認について同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

| 市記 | 入欄号確認 | 本人確認 | 代理権<br>確認 | 代理人<br>確認 | 受付者 |
|----|-------|------|-----------|-----------|-----|
|    | 済・未   | 済・未  | 済・未       | 済・未       |     |