

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 介護保険施設の 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 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 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	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	☐	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													
	☐	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 9 千円以下 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○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	☐	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 9 千円を超え 120 万円以下 です。(受給している年金に○して下さい)													
	☐	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)													
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は下記のとおりです。 ※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)	()※ 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 確認	代理人 確認	受付者
	済・未	済・未	済・未	済・未	