

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（申請先）

能美市長

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。

申請者に関する事項	フリガナ										
	被保険者氏名	被保険者番号									
	生年月日	大・昭 年 月 日					性別		男・女		
	住所	〒 - 連絡先									
	入所した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 - (施設名) 連絡先									
	入所年月日（※）	平・令 年 月 日					（※）介護保険施設に入所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、記入不要です。								
配偶者に関する事項	フリガナ	市民税の課税状況									
	氏名	課税 ・ 非課税									
	生年月日	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）										

被保険者本人が届出をする場合は、下記は記入不要です。

↓※日中連絡のつく連絡先（自宅・勤務先・携帯）

届出者名					連絡先				
届出者住所					本人との関係				

裏面の申告欄・同意書についてもご確認の上、必ず記入ください。

※注意事項

- （1） 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てください。配偶者が「有」の場合は配偶者の預貯金等についても資料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。
- （3） 虚偽の申告により不正に特定入居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 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。
- （4） 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を能美市で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

<市記入欄>

交付年月日	決定	所得区分	備考	受付
令和 年 月 日	□該当	<input type="checkbox"/> 第 1 段階 <input type="checkbox"/> 第 2 段階 <input type="checkbox"/> 第 3 段階① <input type="checkbox"/> 第 3 段階②		<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 預貯金等写し添付 <input type="checkbox"/> 同意書記入あり
適用年月日				
令和 年 月 日から				
有効期限	□非該当	<input type="checkbox"/> 市民税本人課税 <input type="checkbox"/> 市民税配偶者課税 <input type="checkbox"/> 市民税世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等要件不足 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
令和 年 月 日まで				

申請者記入欄 (続き)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者		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
	<input type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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。 ※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。		
	<input type="checkbox"/> 3-① 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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 万円を超え、120 万円以下です。		
	<input type="checkbox"/> 3-② 市町村民税非課税世帯であつて、(受給している年金に○して下さい) 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。		
預貯金等に関する申告 ※1	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が、1の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、2の方は650万円(同1,650万円)、3-①の方は550万円(同1,550万円)、3-②の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※預貯金等がわかるものの写しは別添のとおり		
	申	預貯金	銀行・農協・信金 本店・支店 円
			銀行・農協・信金 本店・支店 円
			銀行・農協・信金 本店・支店 円
	請	有価証券等	(種類) 評価概算額 円
			(種類) 評価概算額 円
	者	その他	現金・負債・その他 () 円
			現金・負債・その他 () 円
	申請者合計		円
	配	預貯金	銀行・農協・信金 本店・支店 円
銀行・農協・信金 本店・支店 円			
銀行・農協・信金 本店・支店 円			
偶	有価証券等	(種類) 評価概算額 円	
		(種類) 評価概算額 円	
者	その他	現金・負債・その他 () 円	
		現金・負債・その他 () 円	
配偶者合計		円	

※1 配偶者が「有」の場合は、配偶者の預貯金等についても記入してください。

同意書

(宛先) 能美市長

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、能美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>

<配偶者>

住所

住所

氏名

氏名