介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)美唄市長

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			保険者番号			0	1	2	1	5	3	
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	年 月 日											
住 所	〒											
			連絡先									
入所(院)した 介護施設及び の所在地(※)	〒											
			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。 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。									
配偶者の有無	有 ・ 無											
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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円 以下です。 (受給している年金に○して下さい。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円 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】の収入額、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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万 円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)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

- 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、その全てを記入し、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、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。

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

※令和5年6月1日から押印は不要となりました

年 月 日

(宛先)美唄市長

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	ビバイ タロウ	保険者番号	0 1 2 1 5 3
被保険者氏名	美唄 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
		個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
		生年月日	明治 1 年 1 月 1 日
住所	〒 012-3456 美唄市東〇条北〇〇丁目〇-〇〇 連絡先 0126-6×-××××		
入所(院)した施設及び 介護保険施設 の名称(※)	〒 123-4567 美唄市西〇条南〇〇丁目〇-〇〇 連絡先 0126-6〇-〇〇〇〇		
入所(院)年月日(※)	令和4年 4月 1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。 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。	
配偶者の有無	有	無	
配偶者に関する事項	フリガナ	ビバイ ハナコ	
	氏名	美唄 花子	
	生年月日	大正 2 年 2 月 2 日	個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	住所	美唄市東〇条北〇〇丁目〇-〇〇 連絡先 0126-6×-××××	
	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。		
預貯金等に関する申告の写し	☐ 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】の収入額、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。		
	預貯金額	1,234,567 円	有価証券(評価概算額) 89,012 円 その他(現金・負債を含む) 国債 300,000 円

※内容を記入してください

全ての通帳の預貯金額を記載し、通帳の写しを提出してください。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	美唄 花子	連絡先 (自宅 勤務先) 0126-6×-××××
申請者住所	美唄市東〇条北〇〇丁目〇-〇〇	本人との関係 妻

太枠内の記入をお願いします

- 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、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。

申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。

同意書

美唄市長

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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

記入例

同意書

美唄市長

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。

年 月 日

色が付いた箇所を記入してください。

<本人>

住 所 美唄市西3条南1丁目1番1号

氏 名 美唄 太郎

<配偶者>

住 所 美唄市西3条南1丁目1番1号

氏 名 美唄 花子