

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								
生年月日	年 月 日			個人番号								
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(※)	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	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 する申告	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であつて、 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 9,000円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)</small> <small>※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。</small>											
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、 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 9,000円以下を超える、120万円以下です。											
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、 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 円を超える。											
	預貯金等に する申告 ※通帳等の添 写	<input type="checkbox"/> 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。 <small>※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。</small>										
		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。

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

(自署または記名押印)

<配偶者>

住 所

氏 名

(自署または記名押印)

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

(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。

年 月 日

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															
		個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1															
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日																	
住所	〒012-3456 美唄市東〇条北〇〇丁目〇-〇〇	連絡先 0126-6×-××××																
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒123-4567 美唄市東〇条南〇丁目〇-〇〇	施設名 連絡先																
入所（院）年月日（※）	令和〇年〇月〇日	(※)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	ビバイ ハナコ																
	氏名	美唄 花子																
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8														
	住所	被保険者と同じ	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <small>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)</small> <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、 <input type="checkbox"/> 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80万円を超える、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、 <input type="checkbox"/> 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120万円を超える。																	
預貯金等に関する申告※通帳等の添写しは別	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <small>※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。</small> <table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>1,234,567 円</td> <td>有価証券 (評価概算額)</td> <td>89,012 円</td> <td>その他 (現金・負債を含む)</td> <td>国債</td> <td>※</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">300,000 円</td> <td></td> </tr> </table>				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			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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

(自署または記名押印)

<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

(自署または記名押印)