

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先)美唄市長

年 月 日

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）した施設及び 介護保険施設（※） の所在地（※） 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。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	<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、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。 (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。									
	<input type="checkbox"/>	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80万9,000円以下を超え、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、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 ※通帳等は別添	<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。 ※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。

## 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

年 月 日

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	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×-××××																							
	〒 123-4567 美唄市東〇条南〇丁目〇-〇〇 施設名 連絡先																							
入所（院）した 介護施設及び 名称（※）	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。 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。																							
入所（院） 年月日（※）	令和〇年 〇月 〇日																							
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	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 checked="" type="checkbox"/> 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 9,000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。																							
	<input type="checkbox"/> 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 9,000円以下を超え、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、 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 の添 写は別	<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。 ※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	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												

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

## 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。

太枠内の記入をお願いします

# 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

(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)