

新規・更新

令和 年 月 日
呉市長あて
次のとおり関係書類(同意書、通帳の写し等)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。

介護保険負担限度額認定申請書

受付印

申請者 (被保険者本人が 申請する場合は 記入不要です。)	氏名		連絡先(自宅・勤務先・携帯電話)																				
	住所 〒		被保険者との関係																				
フリガナ			被保険者番号																				
被保険者氏名 (サービス利用者)			個人番号																				
生年月日	明・大・昭 年 月 日																						
住 所	☐ 申請者住所に同じ ☐ 申請者連絡先に同じ 連絡先 () — 〒																						
施設サービス	☐ ショートステイ(下記の施設は記入不要) ☐ 施設入所(院) ☐ 施設入所(院) 予定・検討中																						
入所(院) した介護 保険施設	名 称											入所(院)年月日	昭・平・令 年 月 日										
	所在地	〒 連絡先 () —																					
	種 類	☐ 介護老人福祉施設(特養) ☐ 介護老人保健施設(老健) ☐ 介護医療院																					
現在の配偶者の有無		☐ 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											被保険者番号											
	氏 名											個人番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日										市町村民税の課税状況				☐ 課税 ☐ 非課税							
	現 住 所	☐ 被保険者住所に同じ 連絡先 () — 〒																					
	本年1月1日 時点の住所	☐ 被保険者住所に同じ ※現住所と異なる場合はご記入ください。 〒																					
被保険者の 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(第1段階)																						
	市町村民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と、その他の合計所得金額(※1)と、 非課税年金【遺族年金(※2)・障害年金】収入額の合計額 は (受給している年金に〇してください。) ➡																						
		☐ 年額82.65万円以下 (第2段階) ☐ 年額82.65万円超120万円以下 (第3段階①) ☐ 年額120万円超 (第3段階②)																					
被保険者または 夫婦の預貯金等に 関する申告	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下 (第1段階：1,000万円(夫婦2,000万円)以下、第2段階：650万円(夫婦1,650万円)以下、 第3段階①：550万円(夫婦1,550万円)以下、第3段階②：500万円(夫婦1,500万円)以下) ※2号被保険者：各段階1,000万円(夫婦2,000万円)以下 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおりに																						
	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								

(※1) 「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から長期譲渡所得、短期譲渡所得に係る特別控除額及び年金収入に係る雑所得を控除した所得金額をいいます。

(※2) 「遺族年金」には、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。

【注意事項】 (1)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。

(2)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。

(3)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。

※ 裏面の同意書に記入をお願いします。

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員並びに私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の市町村民税等課税状況の情報を市町村民税担当課に照会することや、非課税年金及び老齢福祉年金並びに生活保護の受給状況を照会することについて同意します。

なお、これらを照会することについては各世帯員の承諾を得ています。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、信託会社、その他の関係機関に私及び私の配偶者の保有する預貯金及び有価証券等の残高について、照会することに同意します。

また、呉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。

呉市長あて

令和 年 月 日

〈被保険者〉

住 所：

氏 名：

〈配偶者〉 ☐ 被保険者住所と同じ

住 所：

氏 名：

呉市記入欄

市民税世帯課税	有 ・ 無	合計所得金額と課税・ 非課税年金収入額の 合計額	第2段階：年額82.65万円以下 第3段階①：年額82.65万円超 120万円以下 第3段階②：年額120万円超	要介護度	認定期間
配偶者	有 ・ 無			支 介：	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
配偶者の課税	有 ・ 無				
生活保護	有 ・ 無				
生保受給開始日	年 月 日	資産の状況	1：基準（1千万円, 2千万円）以下・超 2：基準（650万円, 1650万円）以下・超 3①:基準（550万円, 1550万円）以下・超 3②:基準（500万円, 1500万円）以下・超 2号：基準（1千万円, 2千万円）以下・超	交付年月日	令和 年 月 日
境界層	有 ・ 無			適用年月日	令和 年 月 日
境界層開始日	年 月 日			有効期限	令和 年 月 日
老齢福祉年金	有 ・ 無			負担段階	
戸籍	課税	金融機関	備考	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② ・ 4	

本人確認

申請者	(/)
被保険者	(/)
配偶者	(/)

個人番号確認

： 個力 ・ 通力 ・ 住民票
： 個力 ・ 通力 ・ 住民票

受付者

--