

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)大館市長

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 年 月 日		令 和 年 月 日							
フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名 (申請者)											
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	個人番号									
住 所	電話番号: - -										
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	電話番号: - -										
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。									
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、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額82.65万円以下 です。										
	☐ ④ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額82.65万円を超え、120万円以下 です。										
	☐ ⑤ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額120万円を超え ます。										

非課税年金 受給の有無	有 ・ 無	「有」のかたは、年金種別に ☒ を記入し、 該当する全ての 年金保険者に○をしてください。
	☐	障害年金 (日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済)
	☐	遺族年金 (日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済) ※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。

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		個人番号								
	氏 名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日							
	世帯状況	同一世帯 ・ 別世帯		※被保険者と配偶者の世帯状況について該当する方に○をしてください。							
	住 所	☐ 被保険者と同じ	※被保険者と住所が異なる場合は記入してください。 電話番号: - -								
	本年1月1日 現在の住所	☐ 住所と同じ	※現住所と異なる場合は記入してください。申請が1月から7月までの場合は前年1月1日現在の住所。								
	課税状況	市町村民税 課 税 ・ 非 課 税									

※被保険者(申請者)以外のかたが提出する場合、次の欄を記入してください。

提出者氏名		本人との関係	日中に連絡の取れる電話番号
			- -
提出者住所(事業所が提出する場合、所在地及び事業所名)			
〒 -			

※裏面(預貯金等に関する申告)に続きます。必ずご記入ください。

市 記 入 欄	申 請 区 分	新 規 ・ 更 新 ・ 変 更		配 偶 者	有 ・ 無 (課 税 ・ 非 課 税)	受 付 者	
	被保険者本人	課 税 ・ 非 課 税 ・ 未 申 告		預貯金等	合計額の基準 万円 以下 ・ 超 過		
	本 人 世 帯	課 税 ・ 非 課 税 ・ 未 申 告		判 定	認 定 (第 段 階) ・ 却 下	処 理 者	
	生 活 保 護	有 ・ 無 (開 始 日) (ケー ス 番 号)					
	老 齢 年 金	有 ・ 無	非課税年金				
	判定基準額			円	備 考		

(表面からの続き) ※生活保護を受給しているかたは、以下の記入と添付書類を省略することができます。

預貯金等に関する申告 [本人及び配偶者が 所有するすべて]	☐	② 老齢福祉年金受給者	預貯金、有価証券等の合計が 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
		③ 合計額が年額82.65万円以下	預貯金、有価証券等の合計が 650万円(夫婦は1,650万円)以下		
		④ 年額82.65万円を超え、120万円以下	預貯金、有価証券等の合計が 550万円(夫婦は1,550万円)以下		
		⑤ 合計額が年額120万円を超える	預貯金、有価証券等の合計が 500万円(夫婦は1,500万円)以下		
		※ 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下			
預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
種 類	区 分	金 融 機 関 名	支 店 名	金 額	
預 貯 金	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
有価証券 (株式・国債等)	区 分	内 容		評 価 概 算 額	
	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
そ の 他 [投資信託・ 現金・負債等]	区 分	内 容		金 額	
	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
	本人 ・ 配偶者			円	
			合 計	円	

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) 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うえ添付してください。
- (4) 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。
- (5) 決定通知書は、原則として被保険者住所に送付します。ただし、介護保険施設入所(院)者は施設宛に送付します。

必要書類

- 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。(本人と配偶者の2人分)
- ・ 預貯金(普通・定期等) …通帳の写し(銀行名・支店名・口座名義、**申請日から2か月以内の最終残高が分かる部分**)
 - ・ 有価証券(株式・国債など) …証券会社や銀行の口座残高の写し
 - ・ 負債(借入金・住宅ローンなど) …借用書の写しなど

同 意 書	
(あて先) 大館市長	
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。	
令和 年 月 日	
<本 人>	
住 所	
氏 名	代筆者 _____ (関係 _____)
<配偶者>	
住 所	
氏 名	代筆者 _____ (関係 _____)