

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)		個人番号					
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女			
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	☐	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					
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。					
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が <u>年額80万円を超え</u> 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	無 ・ 有 (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	(1,000万 ・ 2,000万) 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	無 ・ 有 (開始日)(ケース番号)					
	老福年金	有 ・ 無	非課税年金	有 ・ 無			
	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 〕		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は合計2,000万円)以下です。 ※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。(本人分・配偶者分)

- ・ 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 _____)