

介護保険負担限度額認定申請書

(年8月～)

小郡市長 様

下記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の申請をします。

フリガナ		申請年月日(提出)		年 月 日	
被保険者氏名 (申請者)		被保険者番号			
		個人番号			
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生		性 別 男 ・ 女	
住 所		〒 ー 電話番号			
介護 保険 施設	所 在 地	〒 ー 電話番号		種 別	居住環境の区分
	名 称			☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他	☐ ユニット型個室 ☐ ユニット型個室的多床室 ☐ 従来型個室 ☐ 多床室
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、記載不要です。	
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			生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	氏 名			個人番号	
				市町村民税課税 状 況	課税 ・ 非課税
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒 ー		電話番号	
	本年1月1日現在の住所 (市外で現住所と異なる場合)	〒 ー		※被保険者と別世帯で1月1日現在の配偶者の住所が小郡市外の場合は、配偶者の非課税証明書を添付して下さい	
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です。 ☐ 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。) ※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。 ☐ 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい。)			
				年金 保 険 者	受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。 ☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済
預貯金等の申告 (夫婦合計)		預貯金、有価証券等の金額をご記入下さい。また、通帳等の写しを添付して下さい。			
		預金 貯 額	円	有価証券 ・ 信託等	円
				その他 (現金・負債を含む)	円
(届出が被保険者以外の場合)		結果送付先(いずれかにチェック)			
〒 ー		☐ 本人 ☐ 届出者 (家族に限る)			
住 所		☐ 施設 決定通知書及び認定証を施設へ送付することに同意します。 本人署名 ※本人の署名が難しい場合は押印可			
届出者					
氏 名		(電話番号)			
		被保険者との関係()			

(裏面もご記入ください)

※注意事項※

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
(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上添付してください。
(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。
※提出いただいた書類は、介護保険負担限度額認定のためにのみ使用し、厳正に管理します。

同意書

小郡市長 殿

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、照会す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

〈配偶者〉
〒

住所

氏名

氏名

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

提出	☐ 本人 ☐ 代行 ☐ 代理 ☐ 郵送 ☐ その他() 代理権の確認 ☐ 介護保険証 ☐ その他()
個人番号確認	☐ 個人番号カード(写) ☐ 通知カード(写) ☐ 個人番号システム確認 ☐ その他確認書類() ☐ 個人番号記載なし
身元確認	☐ 個人番号カード(写) ☐ 運転免許証 ☐ 身障手帳 ☐ 介護支援専門員証 【2つ以上提示】 ☐ 介護保険証 ☐ 負担割合証 ☐ 健康保険証 ☐ その他()
備考	

状態区分		要支援（ 1 ・ 2 ） ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）					
所得分布の 状況等		☐ 世帯課税		☐ 承認しない(本人 ・ 家族 ・ 配偶者)			
		☐ 世帯 非課税	合計所得 金額と年金 収入の合計	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
				☐ 生活保護受給者 ☐ 老齢福祉年金受給者	☐ 80万円以下	☐ 80万円超 120万円以下	☐ 120万円超
			預貯金等 合計額	単身:1,000万円 夫婦:2,000万円	単身: 650万円 夫婦:1,650万円	単身: 550万円 夫婦:1,550万円	単身: 500万円 夫婦:1,500万円
				☐ 第2号被保険者（基準額:単身1,000万円 夫婦2,000万円）			
				☐ 承認する(預貯金等の合計額が基準額以下) ☐ 承認しない(預貯金等の合計額が基準額超)			
適用 期間	令和 年 月 日		決 裁 欄	担当者		送付チェック	
	～令和 4 年 7 月 31 日			入 力	チ ェ ッ ク	☐ 窓口交付 ☐ 郵送	令和 年 月 日()