

# 介護保険負担限度額認定申請書 （令和 年 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）		令和 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			
住所		〒 - 電話番号			
介護保険施設	所在地	〒 - 電話番号		種別	居住環境の区分
	名称			<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 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	〒 - 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）	〒 - ※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、または、マイナンバーが確認できるものをご持参ください。				
収入等に関する申告		<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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82.65万円以下です。(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。 <input type="checkbox"/> 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82.65万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい。)			
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)
住所 届出者氏名 (電話番号) 被保険者との関係( )		結果送付先(いずれかにチェック)			
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 届出者 (家族に限る) <input type="checkbox"/> 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			

（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まれます。
- (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。

令和 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他( )   代理権の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( )
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 通知カード(写) <input type="checkbox"/> 個人番号システム確認 <input type="checkbox"/> その他確認書類( ) <input type="checkbox"/> 個人番号記載なし
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 【2つ以上提示】 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 世帯課税	<input type="checkbox"/> 承認しない( 本人 ・ 家族 ・ 配偶者 )				
	<input type="checkbox"/> 世帯非課税	合計所得金額と年金収入の合計	第1段階 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者 単身:1,000万円 夫婦:2,000万円	第2段階 <input type="checkbox"/> 82.65万円以下 単身: 650万円 夫婦:1,650万円	第3段階① <input type="checkbox"/> 82.65万円超 120万円以下 単身: 550万円 夫婦:1,550万円	第3段階② <input type="checkbox"/> 120万円超 単身: 500万円 夫婦:1,500万円
		預貯金等合計額	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 ( 基準額: 単身1,000万円 夫婦2,000万円 )			
		<input type="checkbox"/> 承認する(預貯金等の合計額が基準額以下)				
		<input type="checkbox"/> 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 ~令和 年 月 日	決裁欄 入力	担当者 チエック		送付チェック <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 令和 年 月 日( )	