

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 土 浦 市 長

年 月 日

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。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女																	
住 所	郵便番号		電話番号																	
入所（院）した介護 保険施設の所在地及 び名称		サービスの種類 ※該当するサー ビスに○を付け てください。	1 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 5 短期入所生活介護（ショートステイ） 6 短期入所療養介護（ショートステイ） 7 介護医療院																	
入所（院）年月日																				

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」の記載は、不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	年 月 日																
	氏 名		個人番号																	
	住 所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。 電話番号																		
	本年1月1日現在の 住所（現住所と異なる 場合に限る。）																			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		※どちらかに○を付けてください。																

申請者が被保険者本人の場合は、以下の「申請者に関する事項」の記載は、不要です。

申請者に関する事項	申請者氏名																連絡先電話番号
	申請者住所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。															本人との関係

裏面も必ず御記入ください。

市 処 理 欄	交 付 年 月 日	生 活 保 護	今 回 の 判 定 結 果																		
	年 月 日	□ 有 □ 無	□ 該 当	第 1 2 3 ① 3 ② 段階																	
	適 用 年 月 日	未納介護保険料																			
	年 月 日 から	□ 有 □ 無	□ 非該 当	事 由	□(本人 家族 配偶者)課税 □預貯金等の合計が基準超過																
	有 効 期 限	給 付 制 限																			
	年 月 日 まで	□ 有 □ 無	□未申告（本人 配偶者 家族）		送付先 の希望	本人・申請者（本人を 除く。）・（ ）															
	要介護度		認定期間	新規・更新中	～	非課税年金	あり・なし・照会														

(裏面)

収入等に関する申告 ☑を付けてください。	<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
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の合計額が年額 80 万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の合計額が年額 120 万円を超えます。
年金の保険者に関する申告	受給している全ての年金の保険者に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	
非課税年金に関する申告 受給している年金に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給していない ※非課税年金とは、日本年金機構、共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金又は共済年金の各制度に基づく遺族年金又は障害年金を指し、具体的には年金保険者から通知される振込通知書、支払通知書又は改定通知書等に「遺族」又は「障害」が印字された年金のほか、「寡婦」、「かん夫」、「母子」、「準母子」又は「遺児」と印字された年金も対象になります。	
預貯金等に関する申告 ☑を付けてください。	預貯金額合計	円
	有価証券(評価概算額)	円
	その他(現金・負債を含む。)	円

同意欄

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、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ることに同意します。

年 月 日

(本人)

(代筆者)

住 所 _____

※代筆される場合は、必ず御記入ください。

氏 名 _____ (印)

氏名 _____

(配偶者)

本人との関係 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

氏 名 _____ (印)

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) 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、その全てを記入し、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、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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) 同意欄については、介護保険法施行規則第83条の6第2項に規定する同意書として受け付けます。