

令和3年度（令和3年8月1日以降）用

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

令和 年 月 日

土浦市長

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。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
生年月日	明・大・昭	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○をつけ 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」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・平 年 月 日															
	氏 名		個人番号																
	住 所	<input type="checkbox"/> 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)																		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			※どちらかに○をつけてください														

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名																連絡先電話番号
申請者住所 <input type="checkbox"/> 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

裏面も必ずご記入ください

市 処 理 欄	交 付 年 月 日	生 活 保 護	今 回 の 判 定 結 果																
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該 当	第 1 2 3① 3② 段 階															
	適 用 年 月 日	未納介護保険料																	
	年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非該 当	事 由	<input type="checkbox"/> (本人 家族 配偶者)課税 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未申告 (本人 配偶者 家族)			送付先希望 自宅・申請者・()													
	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 ☑をつけて 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、課税年金収入額と合計所得金額と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、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の合計額が 年額 80 万円超 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、課税年金収入額と合計所得金額と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☑をつけてください。 <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 ☑をつけてください)	<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、日本年金機構又は共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金、共済年金の各制度に基づく遺族年金・ 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、改定通知書などに「遺族」や「障害」が 印字された年金のほか、「寡婦」、「かん夫」、「母子」、「準母子」、「遺児」と印字された年金も対象となります。	
預貯金等に関する申告	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		
土浦市長殿		
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、報告を求めることに同意します。		
また、貴市（町村）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)	(代筆者)	
住 所 _____	※代筆される場合は必ずご記入ください	
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。
- (5) 同意欄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付します。