

(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       |                                 |                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                   | 郵便番号 ー 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<br>※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）<br>2 介護老人保健施設<br>3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>4 短期入所生活介護（ショートステイ）<br>5 短期入所療養介護（ショートステイ）<br>6 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。<br>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  |

裏面も必ず記入してください。

|                  |           |  |         |        |                 |                |                                 |                    |
|------------------|-----------|--|---------|--------|-----------------|----------------|---------------------------------|--------------------|
| 市<br>処<br>理<br>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 3① 3② 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<br>□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<br>☑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 9 千円以下です。           |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <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 9 千円を超え、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。<br><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<br>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<br>※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<br>☑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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |
| <p>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。</p> <p>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。</p> <p>年            月            日</p> <table><tr><td>(本人)</td><td>(代筆者)</td></tr><tr><td>住 所 _____</td><td>※代筆される場合は、必ず御記入ください。</td></tr><tr><td>氏 名 _____</td><td>氏名 _____</td></tr><tr><td>(配偶者)</td><td>本人との関係 _____</td></tr><tr><td>住 所 _____</td><td>連絡先電話番号 _____</td></tr><tr><td>氏 名 _____</td><td>_____</td></tr></table> |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |   | (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 _____ | 氏名 _____ | (配偶者) | 本人との関係 _____ | 住 所 _____ | 連絡先電話番号 _____ | 氏 名 _____ | _____ |
| (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 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 氏名 _____                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |
| (配偶者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 本人との関係 _____                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |
| 住 所 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 連絡先電話番号 _____                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |
| 氏 名 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | _____                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |   |      |       |           |                      |           |          |       |              |           |               |           |       |

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 2 2 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 8 3 条の 6 第 2 項に規定する同意書として受け付けます。