

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

水俣市長 様

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		0	0	0	0											
被保険者氏名			個人番号																
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																		
住 所	連絡先																		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先																		
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平 ・ 令 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、記入不要です。								

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																				
	氏 名																				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										個人番号									
	住 所	連絡先																			
	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																			

収入・預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者です。							
	☐ 本人、世帯員全員及び配偶者が市町村民税世帯非課税であり、老齢福祉年金受給者で預貯金、有価証券等の金額の合計は、 <u>1,000万円（夫婦は2,000万円）以下</u> です。							
	☐ 本人、世帯員全員及び配偶者が市町村民税非課税であり、課税年金収入額、非課税年金収入（※）、その他の合計所得金額の合計は、 <u>年額80万9千円以下</u> です。 （※）非課税年金収入（ ☐ 無 ・ ☐ 有 （ ☐ 障害年金、 ☐ 遺族年金（寡婦・かん夫・（準）母子・遺児含む。）） ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>650万円（夫婦は1,650万円）以下</u> です。 （預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。以下同じ。）							
	☐ 本人、世帯員全員及び配偶者が市町村民税非課税であり、課税年金収入額、非課税年金収入（※）、その他の合計所得金額の合計は、 <u>年額80万9千円超120万円以下</u> です。 （※）非課税年金収入（ ☐ 無 ・ ☐ 有 （ ☐ 障害年金、 ☐ 遺族年金（寡婦・かん夫・（準）母子・遺児含む。）） ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>550万円（夫婦は1,550万円）以下</u> です。							
	☐ 本人、世帯員全員及び配偶者が市町村民税非課税であり、課税年金収入額、非課税年金収入（※）、その他の合計所得金額の合計は、 <u>年額120万円を超えます</u> 。 （※）非課税年金収入（ ☐ 無 ・ ☐ 有 （ ☐ 障害年金、 ☐ 遺族年金（寡婦・かん夫・（準）母子・遺児含む。）） ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>500万円（夫婦は1,500万円）以下</u> です。							
預貯金額		円		有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（ ）（※）円 （※）内容を記入してください	

◆第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、利用者負担段階に関わらず、預貯金、有価証券等の金額が1, 000万円（夫婦は2, 000万円）以下であれば対象となります。

※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者記入欄	フリガナ			連絡先（自宅・勤務先）	
	氏名				
	住所	〒		本人との関係	

市記入欄（新規・継続）	住所地特例 ☐ 該当 ↓	合計所得金額	円	所得情報 ☐ 無（本人・配・他 ☐ 転入者） ↓ ☐ 有	
	保険料納付方法 ☐ 普徴 ↓	課税年金収入額	円	☐ 未申告（ ☐ 勸奨 ） ☐ 所得照会（ ）	
	非課税年金照会（要・否） ←	非課税年金収入額	円	配偶者 ☐ 有（ ☐ 別世帯 ☐ 他市町村課税） ☐ 無	
	転入者 ☐ 該当 ↑	（計）		円	本人（課 ・ 非） 預貯金等（本人） 円
	生活保護 ☐ 受給	【利用者負担】 第 段階 入力 ☐ 確認 ☐	世帯（課 ・ 非）		（配） 円
	老齢福祉年金 ☐ 受給	境界層（居） 段階 （食） 段階	☐ 2号（60～64歳）		計 円
保険料滞納 ☐ 有	【適用期間】	～		却下（第4段階） 本人課税 ・ 世帯課税 ・ 預貯金等超過	

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)預貯金等については、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項の規程に基づき、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。

同 意 書

水俣市長 様

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、水俣市の報告要求に対し、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

氏 名

<配偶者>
住 所

氏 名