

介護保険負担限度額認定申請書

香 美 市 長 様 令和 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。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏 名		個人番号																	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日																		
	住 所																			
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 ※1																			
	入所(院)年月日 ※1	平・令		年		月		日		※1 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																		
	住 所																			
	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 ・ 不明																		

非課税年金に関する申告	☐ 受給していない	☐ 受給している【 ☐ 遺族年金 ※2 ・ ☐ 障害年金】 ※2 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。 受給している全ての年金の保険者に☑してください。 【 ☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済 】																	
収入等および預貯金等に関する申告	収入等に関する申告									預貯金等に関する申告									
	☐ 生活保護受給者給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									-									
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。									預貯金、有価証券等の金額の合計が、650万円（夫婦は1,650万円）以下です。									
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。									預貯金、有価証券等の金額の合計が、550万円（夫婦は1,550万円）以下です。									
☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。									預貯金、有価証券等の金額の合計が、500万円（夫婦は1,500万円）以下です。										
※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、預貯金等に関する申告は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																			
		預貯金額					有価証券等（評価概算額）					その他（現金・負債を含む）							
被保険者		円					円					() ※3 円							
配偶者		円					円					() ※3 円							
合計		円					円					円							

※3 内容を記入してください

代行又は代理申請の場合は、こちらにご記入ください。

申請者氏名	日中連絡が取れる電話番号
申請者住所	本人との関係

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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し（口座番号や名義人の分かるページ及び預金残高の分かるページ）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。

◎ 裏面がありますので、必ず記入・押印してください。

同意書

香美市長 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

(被保険者本人)

住 所

氏 名

(印)

(配偶者)

住 所

氏 名

(印)

香 美 市 記 入 欄

申請に基づき、以下のとおり決定する。

交付年月日			生保		老齢福祉年金		世帯人数		課税状況		合計所得金額＋年金収入額		
令和 年 月 日			有・無		有・無		人		課税・非課税		80万9千円 以下・超		
適用年月日			配偶者		課税状況		預貯金等						
令和 年 月 日			有・無		課税・非課税		基準以下・超える						
有効期限			利用者負担段階		食費		居住費						
					施設入所 短期入所		ユニット型個室 ユニット型個室の多床室		従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等)		多床室		
□ 第1段階					300円 300円		880円 550円		380円 550円		0円		
□ 第2段階					390円 600円		880円 550円		480円 550円		430円		
□ 第3段階①					650円 1000円		1370円 1370円		880円 1370円		430円		
□ 第3段階②					1360円 1300円		1370円 1370円		880円 1370円		430円		
令和 年 月 日			□ 却下(第4段階)		1445円 1445円		2066円 1728円		1231円 1728円		915円		

課長	班長	係長	係

備 考

【当該年度1月1日の住所地について】

☐ 香美市☐ 市外 ⇒ 非課税年金照会 ☐ 済 ☐ 未済