

# 介護保険負担限度額認定申請書

宛先 古賀市長

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		00	
被保険者氏名		印		個人番号	
				生年月日	
住所		〒		連絡先電話番号	
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		所在地: 名称:		連絡先電話番号	
入所(院)年月日		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。	
配偶者に関する事項	配偶者	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」については記入不要です。	
	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒		連絡先電話番号	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒			
市町村民税課税状況		課税・非課税		個人番号	
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者 / ②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円以下です。 <small>(※受給年金に〇してください。以下同じ。)</small> ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。以下同じ。			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円を超え、120万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添のとおり</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金・有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(同2000万円)以下です。			
	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)

※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		本人との関係	
申請者住所	〒	連絡先電話番号(自宅・勤務先)	

## 注意事項

- 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事実上婚姻関係と同様の関係にある者を含みます。
- 預貯金等について同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、全ての通帳等の写しの添付が必要です。
- この申請書内に書ききれない場合は、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。
- 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、支給された額の返還に加えて最大2倍の加算金が課されることがあります。

## 古賀市記入欄

通知年月日	住民税課税状況			老齢福祉年金	配偶者	その他の合計所得	円	受付
年 月 日	本人	配偶者	世帯	有・無	有・無	課税年金収入	円	
適用年月日	課税	課税	課税	生活保護	預貯金等の金額	非課税年金収入	円	
年 月 日	非課税	非課税	非課税	有・無	円	判定基準額	円	入力
決定	特例減額	負担段階		備考			非課税年金	
決定・不決定	有・無	1・2・3①・3②・4		□一括照会(本・配) □非課税年金照会 □送変			有・無	

同意書(本人・配偶者)

預貯金通帳等の写し(本人・配偶者)

その他

## 同意書

(宛先) 古賀市長

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。

年 月 日

<本人>

住 所

---

氏 名

印

---

<配偶者>

住 所

---

氏 名

印

---