

介護保険負担限度額認定申請書

都城市長あて

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

該当するところに☑をつけてください

フリガナ	ミヤコノジョウ タロウ	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0
被保険者氏名	都城 太郎	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0
現住所	〇〇市〇〇町〇〇番地	連絡先	〇〇-〇〇〇〇

生年月日	□明治 □大正 ☑昭和 ○年 ○月 ○日
入所（院）した介護保険施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他
施設名	施設連絡先（ ）
入所（院）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。

該当するものにチェック、および利用する施設名、入所年月日を記入してください。

配偶者の有無 有 無 ←「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。

配偶者フリガナ	ミヤコノジョウ ハナコ	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日
配偶者氏名	都城 花子		
現住所	〇〇市〇〇町〇〇番地	連絡先（ ）	—
令和5年1月1日現在の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		

配偶者・内縁者のいる方は必ず記入してください。
※世帯分離している場合も記入が必要です。

収入等に関する申告		預貯金等に関する申告 預貯金、有価証券等の金額の合計が
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		<input type="checkbox"/> 650万円以下です。
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金額の合計額が年額80万円以下です。		<input checked="" type="checkbox"/> 550万円以下です。
<input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金額の合計額が年額80万円超～120万円		<input type="checkbox"/> 500万円以下です。
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金額の合計額が年額120万円を超えます。		
非課税年金について	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む。) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無	※夫婦の場合、上記金額に+1,000万円
非課税年金の保険者	<input checked="" 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	第2段階の場合(本人650万円+配偶者1,000万円)

該当するものに、チェックをいれてください。

預貯金等の資産がある場合は必ず記入し、直近の記帳のある全ての通帳の写しを提出してください。

※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、別紙のとおり

預貯金額	〇〇〇〇〇〇円	預貯金額	〇〇〇〇〇〇円	その他(現金・負債を含む。) ※2 内容を記入	※2(住宅ローン) 〇〇〇〇〇〇円
------	---------	------	---------	----------------------------	------------------------

世帯構成	氏名	生年月日	備考
世帯主	都城 太郎	□明治 □大正 ☑昭和 □平成 ○○年 ○月 ○日	□市民税課税 □生活保護 ☑市民税非課税
世帯員	都城 花子	□明治 □大正 ☑昭和 □平成 ○○年 ○月 ○日	□市民税課税 □生活保護 ☑市民税非課税
		□明治 □大正 □昭和 □平成 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税
		□明治 □大正 □昭和 □平成 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税

同一世帯全員の氏名・生年月日を記入、備考欄のチェックをしてください。

注意事項

- この申請書における「配偶者」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。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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、支給された額及び当該額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

市記載欄

利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 非	本人確認	<input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 割合 <input type="checkbox"/> 限度額
合計所得金額+課税年金収入+非課税年金額	代理人確認	<input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 割合 <input type="checkbox"/> 限度額	
	円 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	

裏面記入欄あり

委任状

都城市長 あて

令和 年 月 日

の受任者(代理申請者)

氏名 都城 次郎

住所 ○○市○○町○○番地

本人との関係 (長男) 昼間連絡のとれる電話番号 (○○-○○○○)

○委任者 ※原則自署ですが、自署でない場合は介護者である親族または、それに準じる方による代筆が可能です。

私は、上記の者を代理人として定め、介護保険負担限度額認定申請を委任します。

氏名 都城 太郎

住所 ○○市○○町○○番地

被保険者本人以外の方が申請及び郵送される場合は、記入してください。

※原則自署ですが、自署でない場合は介護者である親族または、それに準じる方による代筆が可能です。

同意書

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、照会することに同意します。

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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

なお、世帯構成員の課税状況を確認することも同意します。

※同意書は必ず記入してください

年 月 日

<本人> 氏名 都城 太郎

住所 ○○市○○町○○番地

<配偶者> 氏名 都城 花子

住所 ○○市○○町○○番地

本人・配偶者、内縁者それぞれご記入ください。