



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					被保険者番号				
被保険者氏名					個人番号				
現住所					連絡先				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日								
入所（院）した 介護保険 施設の名称	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input 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	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。						

配偶者に関する事項	配偶者フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
	配偶者氏名					
	現住所	連絡先（ ） —				
	令和7年1月1日現在の住所					
	課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				

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"/> 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80.9万円以下です。		<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80.9万円超～120万円以下です。		<input type="checkbox"/> 550万円以下です。
<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。		<input type="checkbox"/> 500万円以下です。
非課税年金について	<input 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 第2段階の場合(本人650万円+配偶者1,000万円)
非課税年金の保険者	<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	

※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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。) ※2() 円 ※2 内容を記入

世帯構成	氏名	生年月日	備考
世帯主		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市民税非課税
世帯員		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市民税非課税
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市民税非課税
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市民税非課税

注意事項

- (1) 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。
- (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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 委任			
	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			
	裏面記入欄あり	円		被保険者区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号			
	生保[]	老齢[]	住特[]	転入[]	給制[]			

委任状

都城市長 あて

年 月 日

○受任者(代理申請者)

氏名

住所

本人との関係 () 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

住所

※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。

年 月 日

<本人> 氏名

住所

<配偶者> 氏名

住所