

## 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                     | □明治 □大正 □昭和 年 月 日                       |        |                                      |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険<br>施設の名称 | □特別養護老人ホーム □老人保健施設 □介護医療院 □ショートステイ □その他 |        |                                      |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 施設名<br>施設連絡先( ) ー                       |        |                                      |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 入所(院)年月日<br>※1                          | 年 月 日  |                                      |  |  | ※1 介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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                                   |        | ←「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 | □明治 □大正 □昭和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 配偶者氏名         |                |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 現住所           | 連絡先( ) ー       |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 令和8年1月1日現在の住所 |                |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 課税状況          | 市町村民税 □課税 □非課税 |      |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 収入等に関する申告   |   | 預貯金等に関する申告<br>預貯金、有価証券等の<br>金額の合計が                          |
|---|---|---|
| □生活保護受給者 □市民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者                              |   |   |
| □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82.65万円以下です。        |   | □ 650万円以下です。  |
| □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82.65万円超～120万円以下です。 |   | □ 550万円以下です。  |
| □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。         |   | □ 500万円以下です。  |
| 非課税年金について   | □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。) □障害年金 □無 | ※夫婦の場合、上記金額に<br>+1,000万円<br>第2段階の場合(本人650万円+<br>配偶者1,000万円) |
| 非課税年金の保険者   | □日本年金機構 □地方公務員共済 □国家公務員共済 □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<br>(評価概算額) | 円 | その他(現金・負債<br>を含む。)<br>※2 内容を記入 | ※2( )<br>円 |

| 世帯構成 | 氏名 | 生年月日                     | 備考                      |
|------|----|--------------------------|-------------------------|
| 世帯主  |    | □明治 □大正<br>□昭和 □平成 年 月 日 | □市民税課税 □生活保護<br>□市民税非課税 |
|      |    | □明治 □大正<br>□昭和 □平成 年 月 日 | □市民税課税 □生活保護<br>□市民税非課税 |
| 世帯員  |    | □明治 □大正<br>□昭和 □平成 年 月 日 | □市民税課税 □生活保護<br>□市民税非課税 |
|      |    | □明治 □大正<br>□昭和 □平成 年 月 日 | □市民税課税 □生活保護<br>□市民税非課税 |
|      |    | □明治 □大正<br>□昭和 □平成 年 月 日 | □市民税課税 □生活保護<br>□市民税非課税 |

## 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                       | □1 □2 □3 □非 | 本人確認   | □介保 □健保 □免 □個番 □割合 □限度額 □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  | □介保 □健保 □免 □個番 □割合 □限度額     |
|         |                               | 円           | 被保険者区分 | □1号 □2号                     |
|         | 生保[ ] 老齢[ ] 住特[ ] 転入[ ] 給制[ ] |             |        |                             |
| 裏面記入欄あり |                               |             |        |                             |

## 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