

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
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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年 〇月 〇〇日												
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"/> 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() ー										
	入所(院)年月日 ※1	※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 checked="" 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	ミヤコノジョウ ハナコ		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	都城 花子											
	現住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		連絡先()	ー								
	令和8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											
収入等に関する申告				収入等に関する申告 <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82.65万円以下です。 <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82.65万円超～120万円以下です。 <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				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"/> 650万円以下です。 <input checked="" type="checkbox"/> 550万円以下です。 <input type="checkbox"/> 500万円以下です。									
非課税年金の保険者				※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) <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 <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									
※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		有価証券(評価概算額)	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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税									
	都城 花子	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" 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									

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・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。

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。

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 <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
合計所得金額+課税年金収入+非課税年金額	円	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
		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

〇受任者(代理申請者)

氏名 都城 次郎

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

本人との関係(長男) 昼間連絡のとれる電話番号(〇〇-〇〇〇〇)

〇委任者 ※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 〇〇市〇〇町〇〇番地

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 〇〇市〇〇町〇〇番地

<配偶者> 氏名 都城 花子

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

本人・配偶者、内縁者それぞれご記入ください。