

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 介護保険 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																			施設連絡先()		—	
	入所(院)年月日 ※1	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	□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()	—	
	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 預貯金、有価証券等の 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 +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	□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 (評価概算額)	円	その他(現金・負債 を含む。) ※2 内容を記入	※2() 円

世帯構成	氏名	生年月日	備考
世帯主		□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税
		□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税
世帯員		□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税
		□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □市民税非課税
		□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	□市民税課税 □生活保護 □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