

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年8月以降用

令和●●年●●月●●日

(申請先)

たつの市長

<記入例>

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。

フリガナ	タツノハナコ	個人番号	●●●●●●●●●●
被保険者氏名	たつの花子	被保険者番号	0000099999
性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	明・大・昭 ●●年●●月●●日
住所	たつの市龍野町富永1005番地1		電話番号 0791-●●-●●●●
申請時の状況	1. 施設入所(入所年月日: 昭和・平成・令和 ●●年●●月●●日) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 2. <input type="checkbox"/> 在宅利用(ショートステイ)		
介護保険施設の名称・住所	郵便番号(●●●-●●●●) たつの市●●町●●●●●●番地●●		電話番号 0791-●●-●●●●

該当するものにチェック

配偶者の有無(内縁関係を含む)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	タツノタロウ
	氏名	たつ の 太郎
	住所(被保険者と同居の場合記載不要)	たつの市龍野町富永1005番地1
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	
	市町村民税課税状況	課税 <input type="radio"/> 非課税 <input checked="" type="radio"/> 1月1日

配偶者が「有」の場合は配偶者について記載をしてください。被保険者と住所が同じ場合は「住所」の記載は不要です。

1月1日にたつの市以外に住所がある方で、非課税の方は、「非課税証明書」を添付してください。(1月1日に住所があった市町村にお問合せください)

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 * 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり					
	(本人)預貯金額	1,900,000円	(本人)有価証券(評価概算額)	0円	(本人)その他(現金・負債を含む)	100,000円
	(配偶者)預貯金額	2,800,000円	(配偶者)有価証券(評価概算額)	0円	(配偶者)その他(現金・負債を含む)	200,000円
	預貯金額合計	4,700,000円			300,000円	

金額が確認できる通帳の写し等を添付してください。(通帳は記帳し、直近2か月の明細ページと、名義人、口座番号、金融機関名、支店等が記載してあるページ)

収入に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税非課税である場合
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。(受給している年金に〇して下さい)

※次の①②いずれかに該当する場合は特定入所者介護サービス費を受けられません。

- ① 市民税非課税でも、世帯分離している配偶者が住民税課税の場合
- ② 市民税非課税世帯(世帯分離している配偶者も非課税)でも、預貯金等が下記の利用者段階別の基準額を超える場合

【基準額】	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
利用者段階別に基準額が異なります。	单身1,000万円、夫婦2,000万円	单身650万円、夫婦1,650万円	单身550万円、夫婦1,550万円	单身500万円、夫婦1,500万円

裏面有

※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、基準額は单身1,000万円、夫婦2,000万円です。

市記載欄	判定	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階	課税による	(本人 配偶者 その他)
				①	②	記入しないでください	預貯金等の合計が基準額を超える	

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
その他の機関に私及び配偶者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。

令和●●年●●月●●日

<本人>

住所

たつの市龍野町富永1005番地1

氏名

たつ の 花 子

<配偶者>

住所

たつの市龍野町富永1005番地1

氏名

たつ の 太 郎

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です

申請者氏名		電話番号
申請者住所	〒 —	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、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、その全ての合計額を記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

添付書類

①通帳のコピー等(本人分・配偶者分)

* 現在の預貯金等の額の根拠となる部分の写しを添付してください。

(記帳し、直近2か月の明細ページ。また、名義人、口座番号、金融機関名、支店等が記載してあるページ)

* 年金がある方は年金収入があることがわかる部分の写しも添付してください。

②非課税証明書

* 本人及び配偶者が1月1日にたつの市以外に住所がある方で、非課税の方のみ必要です。