

# 介護保険負担限度額認定申請書

(令和 年 月～)

小郡市長 様

下記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の申請をします。

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 申請年月日(提出)                                       |                                                                            | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
| 被保険者氏名<br>(申請者)           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 被保険者番号                                          |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 個人番号                                            |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 生年月日                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 明・大・昭 年 月 日生                                    |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 住所                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 〒 ー                                             |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 電話番号                                            |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 介護保険施設                    | 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 〒 ー                                             |                                                                            | 種 別                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |
|                           | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 電話番号                                            |                                                                            | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護<br><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院<br><input type="checkbox"/> その他 |                                                                                                                                                                                  |
| 入所(院)年 月 日                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日                                           |                                                                            | 居住環境の区分                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ※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、記載不要です。 |                                                                            | <input type="checkbox"/> ユニット型個室<br><input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室<br><input type="checkbox"/> 従来型個室<br><input type="checkbox"/> 多床室                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |
| 配偶者の有無                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 有 ・ 無                                           |                                                                            | 左記において「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                 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生年月日                                            |                                                                            | 明・大・昭 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                  |
|                           | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 個人番号                                            |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 市町村民税課税状況                                       |                                                                            | 課税 ・ 非課税                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                           | 住所<br>※同居の場合は記入不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 〒 ー                                             |                                                                            | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
| 本年1月1日現在の住所(市外で現住所と異なる場合) | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 | ※被保険者と別世帯で1月1日現在の配偶者の住所が小郡市外の場合は、配偶者の非課税証明書を添付、または、マイナンバーが確認できるものをご持参ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 収入等に関する申告                 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。<br><input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。)<br>※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。<br><input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい。) |                                                 |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              | 年金保険者<br>受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 日本年金機構<br><input type="checkbox"/> 地方公務員共済<br><input type="checkbox"/> 国家公務員共済<br><input type="checkbox"/> 私学共済 |
|                           | 預貯金、有価証券等の金額をご記入下さい。また、通帳等の写しを添付して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 預貯金等の申告(夫婦合計)             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 預金 貯金 額                                         | 円                                                                          | 有価証券・信託等                                                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                                                                                |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            | その他(現金・負債を含む)                                                                                                                                                                                                                                                | (内容) 円                                                                                                                                                                           |
| (届出が被保険者以外の場合)<br>〒 ー     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            | 結果送付先(いずれかにチェック)                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                  |
| 住所                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 届出者(家族に限る)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |
| 届出者氏 名 (電話番号)             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            | <input type="checkbox"/> 施設<br>決定通知書及び認定証を施設へ送付することに同意します。<br>本人署名<br>※本人の署名が難しい場合は押印可                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  |
| 被保険者との関係( )               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |

(裏面もご記入ください)

※注意事項※

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。  
(2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入してください。  
(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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。  
※提出いただいた書類は、介護保険負担限度額認定のためにのみ使用し、厳正に管理します。

同意書

小郡市長 殿

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、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉  
〒

住所

〈配偶者〉  
〒

住所

氏名

氏名

保険者記入欄(この欄は、記入しないでください。)

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 提出     | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他( )   代理権の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( )                                                     |  |  |  |  |  |
| 個人番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 通知カード(写) <input type="checkbox"/> 個人番号システム確認 <input type="checkbox"/> その他確認書類( )<br><input type="checkbox"/> 個人番号記載なし                                                                                          |  |  |  |  |  |
| 身元確認   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証<br>【2つ以上提示】 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |  |  |
| 備考     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |

|              |                                           |                                                 |                                                                                                |                                   |                                             |                                                                          |
|--------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 状態区分         | 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) |                                                 |                                                                                                |                                   |                                             |                                                                          |
| 所得分布の<br>状況等 | <input type="checkbox"/> 世帯課税             | <input type="checkbox"/> 承認しない( 本人 ・ 家族 ・ 配偶者 ) |                                                                                                |                                   |                                             |                                                                          |
|              | <input type="checkbox"/> 世帯<br>非課税        | 合計所得<br>金額と年金<br>収入の合計                          | 第1段階                                                                                           | 第2段階                              | 第3段階①                                       | 第3段階②                                                                    |
|              |                                           |                                                 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者<br><input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者                         | <input type="checkbox"/> 80.9万円以下 | <input type="checkbox"/> 80.9万円超<br>120万円以下 | <input type="checkbox"/> 120万円超                                          |
|              |                                           | 預貯金等<br>合計額                                     | 単身:1,000万円<br>夫婦:2,000万円                                                                       | 単身: 650万円<br>夫婦:1,650万円           | 単身: 550万円<br>夫婦:1,550万円                     | 単身: 500万円<br>夫婦:1,500万円                                                  |
|              |                                           |                                                 | <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 (基準額:単身1,000万円 夫婦2,000万円)                                     |                                   |                                             |                                                                          |
|              |                                           |                                                 | <input type="checkbox"/> 承認する(預貯金等の合計額が基準額以下)<br><input type="checkbox"/> 承認しない(預貯金等の合計額が基準額超) |                                   |                                             |                                                                          |
| 適用<br>期間     | 令和 年 月 日<br>～令和 年 7 月 31 日                | 決<br>裁<br>欄                                     | 入<br>力                                                                                         | 担<br>当<br>者                       | チ<br>ェ<br>ッ<br>ク                            | 送<br>付<br>チ<br>ェ<br>ッ<br>ク                                               |
|              |                                           |                                                 |                                                                                                |                                   |                                             | <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送<br>令和 年 月 日( ) |