

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

宇佐市長

宛て

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<br>被保険者氏名           |       | 被保険者番号 |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       | 個人番号   |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 | 年      |  | 月 |  | 日 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                      | 連絡先   |        |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 連絡先   |        |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日(※)              | 昭・平・令 | 年      |  | 月 |  | 日 | (※)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  | 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<br>氏 名            |       |    |   |     |  |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 明・大・昭 | 年  |   | 月   |  | 日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                    | 連絡先   |    |   |     |  |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |       |    |   |     |  |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 課税状況                   | 市町村民税 | 課税 | ・   | 非課税 |  |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|               |                            |  |   |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|----------------------------|--|---|---------------|---|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入・預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/>   | ①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<br>□預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。   | 受給している全ての年金の保険者に○をして下さい<br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | <input type="checkbox"/>   | ②市町村民税世帯非課税者であって、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○をして下さい)<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>□預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。 |   |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | <input type="checkbox"/>   | ③市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)<br>□預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。                                   |   |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | <input type="checkbox"/>   | ④市町村民税世帯非課税者であって、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120万円を超えます。(受給している年金に○をして下さい)<br>□預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。  |   |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり |  |   |               |   |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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) | 円 | ( )※ | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

注意事項

- 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。
- 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、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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同 意 書

宇佐市長

宛て

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、報告を求め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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名