

介護保険負担限度額認定申請書

【裏面も記載ください】

宍粟市長 様

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。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0				
被保険者氏名			個人番号							
			生年月日					年	月 日	
住 所	〒		電話番号							
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）			電話番号							
入所（院）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									
	氏名 （配偶者）									
	生年月日								個人番号	
	住 所	〒		□被保険者と同じ						
	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 等 に 関 する 申 告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額 が年額80.9万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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 type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額 が年額80.9万円を超え、120万円以下です。									
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額 が年額120万円を超えます。									
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等 の 写 し は 別 添	<input type="checkbox"/> ②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。									
	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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 □被保険者と同じ 〒	本人との関係 □夫 □妻 □子 □子の配偶者 □その他（ ）

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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。
- (5) 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって認定されることはありません。

同意書

宍粟市長 様

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、報告を求めることに同意します。

また、宍粟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、この申請の決定に際し、世帯の所得状況を市民税課税台帳により確認されること及び負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも併せて承諾します。

年 月 日

<被保険者>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

【以下、市記入欄】

申請者 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証（ ） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証（後期・国保・社保） <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	被保険者 個人番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------	--	--------------------	---

状態区分	支援/介護（令和 年 月 日～令和 年 月 日） 申請状況： 月 日付 新規申請中・更新申請中・区分変更申請中		
課税状況	・非課税 ・課税（本人・配偶者・世帯員）	判定 所得	課税年金収入 _____ 円 非課税年金収入 _____ 円 その他合計所得金額 _____ 円 上記合計額 _____ 円
預貯金等 合計額	_____ 円		
判定結果 判定年月日	1. 該当（第 段階） 令和 年 月 日 2. 非該当（事由： _____）		
備考欄			

課長	副課長	係長	係員	担当