

介護保険

負担限度額認定申請書

記入例

彦根市長 様

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	ヒコネ タロウ		保険者番号	2 5 2 0 2 3	
被保険者氏名	彦根 太郎		被保険者番号	1	0
			個人番号	0	0
生 年 日	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	性 別	男 ・ 女		
(※)のついた箇所は、施設等に入所(院)されている方のみご記入ください。	〒 522 - 0041 彦根市平田町670		電話番号 - -		
入所(院)した介護施設の所在地及び名称(※)	〒 - 彦根市○○町123 特別養護老人ホーム○○○		電話番号 - -		
入所(院)年月日(※)	平成29年6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は不要です。		
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	ヒコネ ハナコ			
	氏 名	彦根 花子		配偶者がおられる方は「有」に○をし、氏名・生年月日・住所・課税状況を必ず記入してください。	
	生 年 月 日	昭和 ○○ 年 ○			
	住 所	彦根市平田町670		電話番号	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			該当箇所を○で囲んでください。(該当箇所が不明の場合は、空欄でご提出ください。)	
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/市町村民税世帯非課税である高齢福祉				
	<input checked="" 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○して下さい。以下に同じ。) ※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。以下に同じ。		受給している全ての年金の保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/> ③-1 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。				
	<input type="checkbox"/> ③-2 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120万円を超えます。		非課税年金を受給されている場合は、該当の年金を○で囲んでください。(受給しているか不明の場合は、空欄でご提出ください。)		
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ① 該当者・第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の預貯金、有価証券等の金額の合計額が年額80万円以下、③-1 該当者…550万円(同1,100万円)以下、③-2 該当者…650万円(同1,300万円)以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。				
	預貯金額	3,000,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む) ※ () 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	彦根 良子	電話番号	○○-○○○○
申請者住所	彦根市平田町	本人との関係	長女

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯外の方も含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数記載してください。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。

裏面にも記入欄があります。

● 担当者記入欄(※申請者は記入しないでください)

非課税	合計所得	保護 ・ 老 齢	単 1,000以下	複 2,000以下	第 1
	課税年金	80以下	単 650以下	複 1,650以下	第 2
	非課税年金	下	単 550以下	複 1,550以下	第3-①
	【遺 ・ 障		単 500以下	複 1,500以下	第3-②
課税	本人 ・ 同一世帯でない配偶者 ・ 世帯員()				第 4
給付制限(有 ・ 無) 過去申請(無 ・ 有 第 段階) 世帯(名) 保険料(第 段階)					

この項目は記入不要です。

同意書

彦根市長 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、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。

令和3年×月×日

ご本人の住所・氏名を記入してください。

<本人>

住所 彦根市平田町670
氏名 彦根 太郎

<配偶者>

住所 彦根市平田町670
氏名 彦根 花子

配偶者がおられる場合は、配偶者の住所・氏名を記入してください。