

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

(申請先) 海津市長 平成 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
被保険者氏名 (印) 被保険者番号 個人番号
生年月日 明・大・昭 年 月 日 性別 男・女
住所 〒 連絡先
申請者の住所/氏名 (本人の場合は不要) 〒 (続柄) 連絡先
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 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」欄については記載不要です。
配偶者に関する事項
フリガナ 課税状況 市町村民税
氏名 課税・非課税
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)

収入等に関する申告
 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
 市町村民税世帯非課税であって、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。
 市町村民税世帯非課税であって、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80万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)
預貯金等に関する申告
 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。
※ 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

※内容を記入してください

- (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うえ添付してください。
(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)・・・預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名・支店名・名義、最終残高(直近2ヶ月分)の分かる部分)
・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

※市役所使用欄 認定期間 年 月 日～年 月 日 受付印
交付年月日 年 月 日 承認する(段階 1 2 3)
適用年月日 年 月 日 から 承認しない
有効期限 年 月 日 まで (理由:課税・配偶者・資産・)
生活保護:有・無 福祉年金受給:有・無 世帯全員申告:有・無 非課税世帯:該当・非該当
年金収入+合計所得金額+非課税年金 円 + 円 = 円
資産等 円

(表面)

◎裏面も必ずご記入ください。

同意書

海津市長 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、年金保険者に私の世帯及び配偶者の課税状況、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の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、海津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。

年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

Ⓜ

< 配偶者 >

住所

氏名

Ⓜ

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

(申請先) 海津市長 平成 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				
被保険者氏名	①		個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒		連絡先				
申請者の住所/氏名 (本人の場合は不要)	〒		連絡先		(続柄)		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒		連絡先		③		
入所(院)年月日(※)	昭・平	年	月	日	②		

- ① 被保険者の方の氏名と被保険者証に記載されている住所、被保険者番号等を記入してください。
- ② ご本人以外の家族の方が提出される場合に、提出者の氏名、被保険者の方との関係、連絡先等を記入してください。
- ③ 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、入所先の施設名、所在地、入所年月日を記入してください。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」欄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		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	〒	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	④		

配偶者に関する事項

- ④ 配偶者がいる場合は、「有」に○をつけ、配偶者の氏名、生年月日、配偶者の市町村民税の課税状況等を記入してください。配偶者がいない場合は、「無」に○をつけてください。その場合、配偶者の氏名等の記入は不要です。
(配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので必ず記入してください。)
- ・配偶者に含まれるもの
婚姻届を提出していない事実婚
長期の別居や事実上離婚状態にある場合も配偶者に含まれます。
- ・配偶者に含まれないもの
DV防止法における配偶者からの暴力があった場合
行方不明の場合
- ※ 本人が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合、負担限度額の適用を受けることができません。

非課税年金を受給している人は、受給している年金に○して下さい。

収入等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税世帯の年金受給者 市町村民税世帯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80万円以下です。 (受給している年金に○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。	受給している全ての年金受給者に○して下さい 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"/>	市町村民税世帯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80万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい)			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円を超えます。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し	受給している年金に○して下さい。		
	預貯金額	円		有価証券(評価概算額)	円

預貯金等に関する事項

- ⑤ 預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入してください。(夫婦以外の世帯員に係る資産については、記入不要です。)
- 記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙に記入のうえ添付してください。
- ※ 預貯金等の合計額(負債額は差し引きます。)が配偶者「無」の場合 1,000万円、配偶者「有」の場合 2,000万円を超える場合は、負担限度額の適用を受けることができません。
- ◎ 預貯金等の資産状況については、その金額が確認できる書類(最終残高(直近2か月分)の分かる部分)を添付してください。

(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うえ添付してください。
 (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) … 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
 ・ 預貯金(普通・定期) … 通帳の写し(銀行名・支店名・名義、最終残高(直近2ヶ月分)の分かる部分)
 ・ 有価証券(株式・国債など) … 証券会社や銀行の口座残高の写し ・ 負債(借入金・住宅ローンなど) … 借書など

※ 市役所使用欄	認定期間	年 月 日	～	年 月 日	交付印
交付年月日	年 月 日	承認する	(段階 1 2 3)		
適用年月日	年 月 日	承認しない			
有効期限	年 月	この欄は記入しないでください。			
生活保護	有・無	福祉年金受給	有・無	世帯全員申告	有・無
年金収入+合計所得金額+非課税年金	円	+	円	+	円 = 円
資産等					

☆ 変更点 ☆
 平成28年7月まで
 非課税年金(障害年金・遺族年金等)は収入等に勘案されません。
 平成28年8月から
 非課税年金が収入等に勘案されることとなります。

同意書

海津市長 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、年金保険者に私の世帯及び配偶者の課税状況、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の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、海津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。

年 月 日

< 本人 >

6

住所

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印

⑥ 本人が署名のうえ、押印してください。署名ができない場合は、代筆である旨記入し、代筆者の氏名、続柄を追記してください。
(代筆例) ○○ ○○ 印 代筆者 ○○ △△ 妻

また、配偶者が有の場合は、預貯金等の有無に関わらず、配偶者も署名してください。

【負担限度額認定申請チェックリスト】

- 被保険者番号、氏名、性別、生年月日、住所は正しく記入されていますか？
- (介護保険施設に入所(院)中の場合)
施設の名称、所在地、入所(院)年月日は正しく記入されていますか？
- 配偶者の有無に ○ はついていますか？
- (配偶者が「有」の場合)
「配偶者に関する事項」の欄が漏れなく記入されていますか？
- 収入等に関する申告にチェックはありますか？
受給している年金に○はついていますか？
- 預貯金等に関する申告にチェックはありますか？
預貯金額、有価証券、その他の欄に金額が記入されていますか？
- 裏面の同意書に、手書きで記入、押印されていますか？
- 添付書類の漏れはありませんか？
 - ・本人(被保険者)のマイナンバーを確認できる書類(番号確認書類)
 - ・手続きを行う方(本人や代理人)の身元を確認できる書類(身元確認書類)
 - ・委任状(被保険者本人以外が手続きを行う場合)
 - ・本人、配偶者の預貯金等の通帳の写し等