

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛 先) 春日市長

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			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 (※)	施設名																		
	所在地	〒																	
	電話番号																		
入所(院)年月日 (※)	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、 記入不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号															
	氏 名			生年月日	年 月 日														
	住 所	〒																	
		電話番号																	
	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																		

※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。

収入等に関する申告	課税状況	☐ 市町村民税 世帯非課税		非課税年金の受給状況	遺族年金※ ・ 障害年金 ・ 無														
	65歳以上の方	☐ 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者																	
		☐ 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額82万6,500円以下</u> かつ、預貯金等の金額の合計が <u>650万円(夫婦は1,650万円)以下</u>																	
		☐ 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額82万6,500円超120万円以下</u> かつ、預貯金等の金額の合計が <u>550万円(夫婦は1,550万円)以下</u>																	
		☐ 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額120万円超</u> かつ、預貯金等の金額の合計が <u>500万円(夫婦は1,500万円)以下</u>																	
65歳未満の方	☐ 預貯金等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下																		
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。

※申請者が被保険者本人の場合は、以下については記入不要です。

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

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。

同意書

(宛 先)春日市長

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。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況、保有する預貯金及び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、当該報告要求に対し、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かまいません。

令和 年 月 日

<本人>
住所
氏名

<配偶者>
住所
氏名

(送付先) 1. 本人住所地 2. 送付先 3. その他(以下に記入)
〒
様方

受 付	入 力

(添付書類確認欄)
☐ 通帳添付数(Acro口座情報、前年度口座情報との照合)
☐ 通帳記帳時期(申請日2ヶ月以内) ☐ 定期預金の有無、残高の確認
(個人番号確認欄)
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード&官公庁身分証明書

事務 処理 欄	決 裁	担 当	係 長	課 長	文書番号	春高指	一	号	
					GX - 04 - - - 07	負担限度額認定			
	下記のとおり、決定してよろしいか伺います。								
	資 格		給付制限		施設区分		口座情報・アクロ確認		
	1・住特・2		無・有		特養・老健・療養・医療・他		済		
	配偶者の有無		預貯金関係		非課税年金		課税年金収入等		
	無・有 ()		無・有 円		無・有 円		(年金以外) 無・有 円		
	決定内容(段階)			適用年月日		有効期限		認定年月日	
	1・2・3①・3② 却下()			令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	

令和()年度分

(受付印)