

介護保険負担限度額認定申請書

裏面も必ず記入
してください

年 月 日

竹原市長 様
次のとおり関係書類(通帳等の写し)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		性 別		男 ・ 女							
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 (※)		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												
	生 年 月 日	年 月 日		個人番号									
	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											

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				預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下	
	☐	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 82.65 万円以下です。※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。					650 万円(夫婦は 1,650 万円)以下	
	☐	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 82.65 万円を超え 120 万以下です。					550 万円(夫婦は 1,550 万円)以下	
	☐	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。					500 万円(夫婦は 1,500 万円)以下	
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※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		

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)※日中連絡のつきやすい番号
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、そのすべてを記入し、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

竹原市長 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、竹原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

事務処理欄

添付資料	☐ 同意書 ☐ 通帳写し(記載合計額全て)	個人番号確認	有・無
市民税	☐ 課税 ☐ 非課税	本人確認(本人・代理人)	有・無
預貯金合計	(円) ☐ 該当 ☐ 非該当	代理権確認	有・無
判定	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② ・ 非該当	備考()	
		システム確認 ☐	職権記載 ☐