

介護保険負担限度額認定申請書

福津市長 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												
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日														
住 所	〒 連絡先														
入所（院）した 介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 □ショートステイ 連絡先														
入所（院）年月日（※）	昭・平・令 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	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)	〒																		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収入・預貯金等に関する申告	☐	生活保護受給者等	要件なし				
	☐	世帯全員が非課税で高齢福祉年金受給者の方	預貯金等額が単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下				
	☐	世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間80.9万円以下です。 【※遺族年金・障害年金 該当するものに○をつける】	預貯金等額が単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下				
	☐	世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間80.9万円超120万円以下です。【※遺族年金・障害年金 該当するものに○をつける】	預貯金等額が単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下				
	☐	世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間120万円超です。 【※遺族年金・障害年金 該当するものに○をつける】	預貯金等額が単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下				
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

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）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。

同意書

福津市長 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（内縁関係のものを含む。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

申請者	☐ 個人番号C	☐ 運転免許証	☐ 旅券	☐ 住基C	☐ 身障者手帳	課長	係長
本人確認	☐ 介護支援専門員証 ☐ 他（ ） 証 No.						
	☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 医療保険証 ☐ その他（ ）						
支援措置対象者ではないか	☐ 成年後見人等		☐ 登記事項証明書（写し要）			担当	受付
確認済 ☐	☐ ケアマネジャー他		☐ 委任状				
※ 顔写真付の証明書は1点で確認（証 No. 要）、顔写真のない証明書は2点で確認（写し要）							