

介護保険負担限度額認定申請書(記入例)

受付印

阿南市長 様

申請日 令和〇年〇月〇日

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	アナン タロウ		保 険 者 番 号		3	6	2	0	4	6				
被保険者氏名	阿南 太郎		被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
			個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生		性別		男・女									
住 所	〒 阿南市〇〇〇町〇〇〇〇1番地1										電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇			
施設の名称	〇〇市〇〇町〇〇〇〇1番地1													
施設の所在地	〇〇〇〇〇													
入所(院)年月日	〇年 〇〇月 〇〇日		サービス種別		特養・老健・療養型・医療院・ショートステイ									
配偶者の有無	有・無		配偶者課税状況		課税・非課税									
配偶者に関する事項	フリガナ	アナン ハナコ		個人番号										
	氏 名	阿南 花子		個人番号										
	生年月日	明・大・昭		現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。										
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ												
	住 所 (1月1日時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所と同じ												
収入等に関する申告 (該当に✓点が必要)	第1段階	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。		<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税である高齢者		遺族年金、障害年金を受給されている場合は、受給している年金に〇をしてください。								
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯の全員が市民税非課税	本人の課税年金収入額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇してください) ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を										
	第3段階①	<input checked="" type="checkbox"/>	(世帯分離している配偶者を含む)	本人の課税年金収入額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に〇してください)										
	第3段階②	<input type="checkbox"/>		遺族年金・障害年金】収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円以下です。(受給している年金に〇してください)										
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額が、所得段階に応じた金額(裏面参照)以下です。													
(夫婦の場合は2人合わせた額)	預貯金額	100,000円		有価証券(評価概算額)	0円									
	その他(現金・負債を含む)	0円		【合計金額】	100,000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	阿南 一郎	連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〒阿南市〇〇〇町〇〇〇〇1番地1	本人との関係	長男

送付先

自宅・施設・申請者(本人以外)・その他

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 虚偽の申請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、2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書もご記入ください。

阿南市記入欄

裏面も記入してください。

本人	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 医療被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> その他	提出者	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 該当		第 段階 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 非該当						
本人(課税・非課税)		配偶者課税状況(課税・非課税)		資産状況(合計)						

同意書

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。

阿南市長 殿

令和 ○ 年 ○○月 ○○日

<本人>

住 所 **阿南市○○○町○○○○1番地1**

氏 名 **阿南 太郎**

(代筆者)

住 所 **阿南市○○○町○○○○1番地1**

氏 名 **阿南 一郎** 続柄 **長男**

<配偶者>

住 所 **阿南市○○○町○○○○1番地1**

氏 名 **阿南 花子**

(代筆者)

住 所 **阿南市○○○町○○○○1番地1**

氏 名 **阿南 一郎** 続柄 **長男**

本人、配偶者欄に記入。代筆の場合は代筆者の住所氏名も記入。押印は不要です。
成年後見人制度利用の場合、成年後見登記に関する登記事項証明書の添付が必要です。

【必要書類】(郵送の場合は(1)(4)は写し。(2)は不要)

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) マイナンバーカード、または通知カード(券面情報が現在の住民登録と一致している場合に限る)
- (3) 預貯金(普通・定期)有価証券等の写し全て(金融機関名・支店名・口座番号・名義人がわかる部分と、直近2ヶ月以内の最終残高がわかる部分)※夫婦の場合は二人分 (4) 提出者の身元確認書類(顔写真入りなら1点 顔写真なしなら2点)

【預貯金等に関する申告】市民税非課税世帯でも、所得段階別の金額を上回る場合は、認定されません。

資産要件

第1段階	: 单身	1,000万円、夫婦	2,000万円以下
第2段階	: 单身	650万円、夫婦	1,650万円以下
第3段階①	: 单身	550万円、夫婦	1,550万円以下
第3段階②	: 单身	500万円、夫婦	1,500万円以下

※第2号被保険者は、利用者負担段階に関わらず、单身 1,000万円、夫婦 2,000万円以下