

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

天草市長

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。

被保険者	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	〒		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(※)	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。													
	課税状況	市町村民税		課税		・		非課税															
	配偶者の有無	有		・		無		※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係者も含みます。															
配偶者	フリガナ			個人番号																			
	氏名			生年月日		明・大・昭		年		月		日											
	住 所	〒		電話番号																			
	1月1日の住所 ※現住所と異なる場合のみ	〒																					
	課税状況	市町村民税		課税		・		非課税															
収入・資産	非課税年金受給の有無	有(遺族年金・障害年金)・無		生活保護受給の有無		有		・		無													
	受給している年金の保険者	☐ 日本年金機構		☐ 地方公務員共済		☐ 国家公務員共済		☐ 私学共済															
	65歳以上 (年金収入+その他の合計所得金額)	☐	住民税非課税世帯で年額826,500円以下		→		かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦で1,650万円)以下																
		☐	住民税非課税世帯で年額826,500円超120万円以下		→		かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦で1,550万円)以下																
		☐	住民税非課税世帯で年額120万円超		→		かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦で1,500万円)以下																
	65歳未満	☐	住民税非課税世帯で預貯金等の合計額1,000万円(夫婦で2,000万円)以下																				
	預貯金額(定期預金を含む)	本人		円		配偶者		円		有価証券(評価概算額)		円											
その他(現金・負債を含む)	(種類:)				(種類:)																		
送付先	申請結果の送付先	1. 被保険者本人の住所宛て 2. 施設等(施設等名:) 3. その他(宛名: 〒: 住所:)																					
申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。																							
申請者	申請者氏名			本人との関係																			
	申請者住所	〒		※ 事業所が提出する場合、事業所の所在地と名称 電話番号																			
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所有している場合は、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。																							
市記入欄	添付書類	☐ 同意書(押印の確認含む) ☐ 通帳等の写し																					
	介護度	期間: ~																					
	結果	☐ 該当 ()段階 (~) ☐ 非該当																					
	生保受給	有・無		高齢福祉年金		有・無		給付制限		有・無													
	本人	課税・非課税		配偶者		課税・非課税		世帯状況		課税・非課税													
	合計資産状況			合計所得				課税年金額															
	非課税年金	有・無		※年金種類・収入額																			

※裏面へ続く⇒

同 意 書

天草市長

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、天草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。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名