

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 3 年 8 月 1 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。

被保険者	フリガナ	アマクサ イチロウ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	0	0	
	被保険者氏名	天草 太郎			個人番号										
					性別	男			女						
	生年月日	明・大・昭			10年5月5日										
	住所	〒863-8631 天草市東浜町8-1			電話番号	24-8806									
	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			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	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。										
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済													
	65歳以上 (年金収入+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯で年額80万円以下			→ かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦で1,650万円)以下										
		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯で年額80万円超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										
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	本人	2,500,000		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	熊本 花子			本人との関係	子									
	申請者住所	〒869-1111 熊本市中央区本丸1			電話番号	096-987-6543									
注意事項 (1) 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。 (2) 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。 (3) 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	<input type="checkbox"/> 同意書(押印の確認含む)			<input type="checkbox"/> 通帳等の写し										
	介護度	期間: ~													
	結果	<input type="checkbox"/> 該当 ( )段階 ( ~ )			<input type="checkbox"/> 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														

## 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。）の収入・課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高等に係る必要な文書の閲覧、若しくは資料の提供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 3 年 8 月 1 日

押印は不要です

<本人>

住 所 天草市東浜町8-1

氏 名 天草 太郎

<配偶者>

住 所

氏 名