

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

本 宮 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。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号										
	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 保険施設の名称及び 所在地	名 称					電話番号					
	所在地										
※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					
	住 所										
	本年1月1日 現在の住所										
	課税状況	市町村民税				課税		・ 非課税			

収入等に関する 申 告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者。								
	<input type="checkbox"/>	②市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 <b>80 万円以下</b> です。 (受給している年金に〇して下さい) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。								
	<input type="checkbox"/>	③-1 市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 <b>80 万円を超え、120 万円以下</b> です。 (受給している年金に〇して下さい)								
	<input type="checkbox"/>	③-2 市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 <b>120 万円を超えます</b> 。 (受給している年金に〇して下さい)								
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券にか かる通帳等の写しは別 添のとおり	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計額が①の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、②の方は 650 万円(同 1650 万円)、③-1 の方は 550 万円(同 1550 万円)、③-2 の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。※第 2 号被保険者の場合①、②、③-1、③-2 の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。								
	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	※内容を記入して ください			

**※裏面のご記入もお願いいたします。**

**【市記入欄】**

令和 年 月 日、交付	■利用者負担段階	課 長	主 幹	係 長	課 員
■適用年月日	<input type="checkbox"/> 第 1 段階（認定） <input type="checkbox"/> 第 2 段階（認定） <input type="checkbox"/> 第 3 段階①（認定） <input type="checkbox"/> 第 3 段階②（認定） <input type="checkbox"/> 非該当				
令和 年 月 日					
■有効期限					
令和 年 月 日	【備考】				

## 1. 申請者について

■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	

## 2. 【介護保険（特定）負担限度額認定申請について】

金融機関への調査を目的として、ご本人様及び配偶者様の同意をいただきます。下記の同意書欄を必ずご記入の上、添付書類と併せてご提出いただきますようお願いいたします。

### 同 意 書

本宮市長 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、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 \_\_\_\_\_

## 3. 【申請書と併せて提出が必要な書類】

預貯金等の資産状況を確認する書類。（配偶者の分も必要になります。）

配偶者の住所が本宮市にない場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

### = 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、そのすべての合計を記入してください。
- （2） 通帳等のコピーを必ず添付してください。

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。

【担当】 本宮市高齢福祉課 介護保険係  
本宮市民元いきいき応援プラザえぼか2F  
電話0243-24-5203