

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 筑紫野市長

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		
	性別	男 ・ 女	
電話番号	生年月日	年 月 日	
住 所			
入所(院)した 介護保険施設	施設名	電話番号	
	所在地		
入所(院)年月日 (※)	年 月 日	(※)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			生年月日	年 月 日
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	電話番号			
	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			

収入および預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	負担段階	収入の状況	預貯金等の資産状況
	①	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
②	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額合計が 年額 82.65万円以下 (受給している年金に○をつけて下さい。以下同じ。)	単身: 650万円以下 夫婦:1,650万円以下
③-1	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額合計が 年額 82.65万円超 120万円以下	単身: 550万円以下 夫婦:1,550万円以下
③-2	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額合計が 年額 120万円を超える	単身: 500万円以下 夫婦:1,500万円以下
※生活保護受給者の場合、預貯金等の資産状況は問わない。第2号被保険者の場合、利用者負担段階に関わらず預貯金等の資産が単身：1,000万円以下、夫婦：2,000万円以下であれば対象となる。			
預貯金額		有価証券 (評価概算額)	その他 ※現金・負債含む ※()内に内容を記入
	円		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
申請者住所	本人との関係

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。
- (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。

同意書

筑紫野市長 殿

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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

住所

氏名

※市記入欄

年 月 日	<input type="radio"/> 生保 ・ 滞納 ・ 老福 有 / 無 <input type="radio"/> 配偶者 課税 / 非課税 <input type="radio"/> 世帯 人 <input type="radio"/> 住特 対象 / 対象外 <input type="radio"/> 本人課税年金収入+合計所得金額+非課税年金収入	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② ※境界層該当 有・無
-------	--	--

★非課税年金収入 = 寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金 を含む