

介護保険負担限度額認定申請書

鹿屋市長様 年 月 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。

個人番号		被保険者番号											
フリガナ													
氏名		生年月日	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（※）													
入所（院）年月日（※）	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、記入不要です。										
配偶者に関する事項	個人番号			生年月日	年 月 日									
	フリガナ													
	氏名													
	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												

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者											
	☐	③市町村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80.9万円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。）※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。											
	☐	④市町村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80.9万円を超え、120万円以下です。											
	☐	⑤市町村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120万円を超えます。											
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。（預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり）											
	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。

申請者が被保険者本人の場合は、以下の欄の記入は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所〒	本人との関係

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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 3 書ききれない場合は、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項の規定により、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。

備考

※収入等に関する申告のうち、③、④の「年額80.9万円」は、令和7年8月1日以降の適用となります。
令和7年7月31日までは「年額80万円」と読み替えてください。

認定	有・無	課税状況	課税（本人・世帯）・非課税			非課税年金 無		80.9以下	650(1,650)以下
生保受給	有・無	境界層	有・無	老福受給	有・無	非課税年金 有		80.9超～120以下	550(1,550)以下
資格	1・2号	負担段階	1・2・3①・3②・4					120超～	500(1,500)以下

同 意 書

鹿屋市長

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