

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（※） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | （※）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | 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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

| 認定 | 有・無 | 課税状況 | 課税（本人・世帯）・非課税 | | | 非課税年金 無 | 80以下 | 650 (1,650) 以下 | 送付希望先 |
|------|------|------|---------------|------|-----|---------|-----------|----------------|-------|
| 生保受給 | 有・無 | 境界居 | 有・無 | 老齢受給 | 有・無 | 非課税年金 有 | 80起～120以下 | 550 (1,550) 以下 | |
| 資格 | 1・2号 | 負担段階 | 1・2・3①・3②・4 | | | | | 120起～ | |

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